SĂNĂTA
WHO

TE PUBLICĂ

Dumitru Tintiuc
Iulian Grossu

Sănătate Publică și Management

Manualul este dedicat Eminentului savant şi Organizator al ocrotirii sănătăţii, Laureat al Premiului de Stat, profesorului universitar Nicolae Testemiţanu către aniversarea a 80-cea din ziua naşterii.

Nicolae Testemiţanu
1927 – 1986

Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
„Nicolae Testemiţanu"

Catedra Sănătate Publică şi Management „Nicolae Testemiţanu"

Sănătate Publică şi Management

Redactor responsabil
dr. hab. şt. med., profesor universitar
Dumitru Tintiuc

Chişinău – 2007

CZU: 614.2:005
S – 20

Aprobat de Consiliul Metodic Central Postuniversitar
al USMF „Nicolae Testemiţanu", proces-verbal nr. 6 din 26 iunie 2007.

Recenzenţi:
Victor Cojocaru, dr.hab.şt.med., profesor universitar.
Luminiţa Smaranda Iancu, director SPM, dr.şt.med., Iaşi.

Autori:
D. Tintiuc, Iu. Grossu, T. Grăjdeanu, Larisa Spinei, M. Ciocanu,
M. Raevschi, I. Onceanu, Corina Moraru, V. Savin, M. Ciobanu,
Svetlana Ştefaneţ, Nina Iodco, S. Poliudov, V. Badan, A. Lavric.

Coordonator ştiinţific:
dr.şt.med., conferenţiar universitar
Iulian Grossu

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii.

Sănătate Publică şi Management / Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemiţanu". Catedra Sănătate Publică şi Management "Nicolae Testemiţanu"; aut.: *D.Tintiuc, Iu.Grossu*, ...; red. resp.: Dumitru Tintiuc; coord. şt.: Iulian Grossu. – Ch.: CEP „Medicina", 2007 (ÎS FEP „Tipogr. Centrală"). – 896 p.
Bibliogr. p. 875 (164 tit.)
ISBN 978-9975-918-90-9
500 ex.
614.2:005

Redactor: *Lidia Serghienco-Ciobanu*
Cules: *Emilia Veisa, Liubov Hristofor*
Machetare computerizată: *Elena Curmei*
Coperta, reprezentarea grafică: *Veaceslav Popovschi, Iulian Grossu*

ISBN 978-9975-918-90-9

PREFAȚĂ

Una dintre problemele strategice ale sistemului de sănătate la etapa actuală, a cărei realizare asigură în mare măsură succesul în dezvoltarea Sănătății publice, este pregătirea cadrelor medicale de conducere la nivel universitar şi postuniversitar în corespundere cu cerințele internaționale şi locale.

În acest context, ediția a doua a manualului „Sănătate publică şi Management" adresat studenților, rezidenților şi cadrelor de conducere din Sistemul sănătății constituie un atribut al vremii în care trăim şi o necesitate impusă de numeroasele transformări survenite atât în viața social-economică, cât şi în starea de sănătate a populației şi în activitatea Sistemului de ocrotire a sănătății din republică. Premisele pentru reeditarea manualului sunt determinate: de implementarea în Sistemul de sănătate din Republica Moldova a principiilor Asigurărilor Medicale Obligatorii (a.2004); de reformele realizate în Sistemul de sănătate, de prevederile actelor legislative (Legea ocrotirii sănătății, a.1995, Legea Asigurărilor obligatorii de asistență medicală, a.1998), de concepția şi strategiile de dezvoltare a Sistemului de sănătate în condițiile economice noi (a.1997) şi de alte documente şi modificări esențiale în viața socială şi economică a țării, ce au influențat starea de sănătate a populației şi asigurarea accesului la servicii medicale ca: propunerile Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) şi Biroului regional pentru țările Europene referitor la noile principii puse la baza Politicilor de sănătate pentru sec. al XXI-lea, care s-au manifestat prin noțiunea „Noua Sănătate Publică".

Aceste schimbări, care elucidează tendințele transformărilor social-economice ale țării şi influența lor asupra modernizării sistemului serviciilor de sănătate, au determinat necesitatea elaborării prezentului manual, orientat în primul rând spre schimbarea mentalității persoanelor cu funcții de decizie pentru activitate în condițiile noi, a medicilor, şi nu în ultimul rând, a educației populației pentru responsabilitatea sănătății individuale. Manualul are ca scop asigurarea metodologică, informațională, educațională, managerială a activităților sistemului de sănătate, adecvate cerințelor pentru satisfacția necesităților populației în sănătate.

În elaborarea manualului ne-am bazat şi pe experiența acumulată, şi pe rezultatele investigațiilor ştiințifice efectuate de colectivul catedrei Sănătate Publică şi Management „N. Testemițanu" a Universității de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemițanu" în decurs de peste 60 de ani. Au fost luate în considerare şi rezultatele cercetărilor în domeniul Sănătății publice şi Managementului efectuate în alte țări, materialele OMS şi ale altor organisme internaționale. Au fost efectuate comparații cu conținutul manualelor de Sănătate publică şi Management din aceste țări, ținându-se cont, de asemenea, de experiența de predare a disciplinei şi de utilizare a metodelor contemporane de instruire. Aria tematică abordată de autori include: biostatistica, sănătatea publică, organizarea ocrotirii sănătății şi asistenței medicale în republică; problemele de profilaxie primară, dispensarizare, expertiză a vitalității, reabilitare, recuperare medico-socială şi profesională a bolnavilor; organizarea educației pentru sănătate; managementul sanitar şi altele.

O atenție deosebită s-a acordat problemelor ocrotirii sănătății mamei și copilului, populației rurale, vârstnice etc. În legătură cu noua orientare a Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu" spre pregătirea medicilor de familie, în manual au fost plasate capitole vizând problemele sănătății și patologiei familiei, epidemiologia bolilor nontransmisibile, particularitățile modului sănătos de viață, elemente de gerontologie etc.

Analiza structurii morbidității și mortalității populației a scos în evidență o serie de patologii, care au o pondere relativ mare și aduc prejudicii economice și materiale considerabile în societate, ca urmare a pierderii capacității de muncă și invalidizării bolnavilor. Este vorba de boli cardiovasculare, tumori maligne, traumatisme și alte patologii medico-sociale. Importanța acestora se manifestă printr-un nivel înalt de răspândire a lor și de cauzare a invalidității și mortalității,inclusiv premature, ocupând sub acest aspect primele trei locuri după frecvență.

O răspândire relativ înaltă au căpătat alcoolismul, tulburările mentale și tuberculoza. O altă problemă medico-socială actuală cu implicații demografice este mortalitatea infantilă și avortul, care duc la creșterea mortalității generale, la diminuarea sporului natural al populației și la scăderea duratei medii a speranței de viață.

Măsurile de ocrotire a sănătății nu întotdeauna pot compensa efectele negative ale unui mod de viață irațional. Iată de ce pentru scăderea nivelului patologiilor enumerate și ameliorarea stării de sănătate a populației se impune luarea de către stat, în primul rând, a unor măsuri cu caracter medico-social și economic.

Aducem sincere mulțumiri și profundă recunoștință coautorilor C. Ețco, Gh. Ciobanu, I. Mereuță, V. Procopișin, V. Safta, I. Bahnărel, V. Gherman, Anna Grossu, Larisa Catrinici, L. Margine, D. Noroc, V. Pantea, N. Bologan care au colaborat cu pasiune profesională, îmbunătățind esențial ediția de față. Totodată ținem să mulțumim și colegilor de specialitate V. Frunze, Raisa Puiu, N. Tafuni, Maria Țăruș, Gh. Țurcan, P. Crudu, ș. a. care cu competență au contribuit la reușita lansare a acestui manual.

Exprimăm deasemenea apreciere și gratitudine domnilor D. Enăchescu, C. Vlădescu, P. Mureșanu, V. Rugină, colaboratori de prestigiu, reputați specialiști în domeniu din România, care au oferit materiale concrete și sugestii metodologice de sobrietate academică în realizarea acestui manual.

Mulțumim anticipat colegilor din domeniu pentru sugestiile pe care vor binevoi să le facă în viitor în vederea completării și îmbunătățirii conținutului manualului.

Dumitru TINTIUC,
șef catedra Sănătate Publică
și Management „Nicolae Testemițanu",
profesor universitar

Iulian GROSSU
șef studii, catedra Sănătate Publică
și Management „Nicolae Testemițanu",
conferențiar universitar

SĂNĂTATEA PUBLICĂ
ŞI MANAGEMENTUL CA ŞTIINŢĂ ŞI OBIECT DE STUDIU

ASPECTE ISTORICE

Sănătatea Publică are o istorie îndelungată în ceea ce priveşte combaterea maladiilor, în special a celor infecţioase, şi utilizarea metodelor medico-sanitare organizate de combatere şi prevenire a lor. Istoricul Sănătăţii Publice a apărut odată cu apariţia societăţii, care necesită influenţa asupra maladiilor prin metode de prevenţie şi asigurare a asistenţei medicale şi include mai multe etape de dezvoltare:

- ***preistorică*** (cu 90–110 mii ani în urmă – apariţia Homo sapiens);
- ***antică*** (8–3 mii ani î. Chr., se caracterizează prin creşterea numărului de populaţie, dezvoltarea agriculturii, comerţului şi apariţia societăţii urbane);
- ***medievală*** (sec. V–XV) – boala era privită ca o pedeapsă pentru păcate; apar primele centre de învăţământ medical, inclusiv Universităţi cu facultăţi medicale: Salermo (Italia) – sec. X; Padua – a. 1110; Paris – a. 1128; Bologna – a. 1158; Viena – a. 1365; Copenhaga – a. 1478;
- ***renaşterii*** (a.a. 1500–1750) – se caracterizează prin dezvoltarea industriei şi a centrelor urbane, sănătatea publică devine un obiectiv guvernamental primordial);
- ***luministă*** (a.a. 1750–1830) – se caracterizează prin impactul asupra sănătăţii a condiţiilor urbane (condiţiile de trai, nutriţia, condiţiile de muncă). În această perioadă se dezvoltă impetuos demografia, statistica şi epidemiologia;
- ***reformei sociale*** (a.a. 1830–1875) – prioritar este rolul Statului în organizarea Sănătăţii Publice privind asigurarea unor facilităţi sanitare: asigurarea populaţiei cu apă potabilă, construcţia sistemelor de canalizare etc.;
- ***sfârşitul secolului XIX – secolul XX*** – în această perioadă sunt puse bazele dezvoltării Sănătăţii Publice contemporane şi a managementului în sănătate.

Evoluţia Sănătăţii publice ne demonstrează că această disciplină a suferit schimbări în denumire: igienă socială, organizare a ocrotirii sănătăţii, medicină socială, medicina comunităţii, Sănătate Publică. În acelaşi timp, termenul „Sănătate Publică" are diverse semnificaţii – de la un sens restrâns până la unul larg (prof. Milton I. Roemer – SUA).

În sens restrâns Sănătatea Publică se defineşte ca o „Totalitate de anumite activităţi organizatorice preventive, care ţin în special de sănătatea mediului şi de jugularea bolilor contagioase cu scop de protecţie a sănătăţii populaţiei".

În sensul larg al cuvântului Sănătatea Publică se defineşte ca o „Varietate de activităţi organizatorice cu obiective diverse ce ţin nu numai de asigurarea tuturor tipurilor de servicii medico-sanitare preventive şi terapeutice, dar şi de alte componente importante pentru funcţionarea sistemului naţional de sănătate".

În concepţia I. Winslow (SUA, 1920): „Sănătatea Publică este ştiinţa şi arta de a preveni bolile, de a prelungi durata vieţii şi a promova sănătatea şi potenţialul fizic şi mental prin eforturile societăţii orientate spre asigurarea unui mediu sănătos...".

Conform specificării prof. Rene Duda (România), „Sănătatea Publică este ştiinţa promovării şi ocrotirii sănătăţii, controlului, prevenirii şi combaterii bolilor prin efortul conjugat al comunităţii".

Asociaţia şcolilor de Sănătate Publică din Canada (2007) defineşte Sănătatea Publică ca ştiinţă şi artă de a ocroti sănătatea populaţiei prin instruirea pentru sănătate, prin promovarea modului sănătos de viaţă, supravegherea şi prevenirea bolilor şi leziunilor.

Un rol important în dezvoltarea Sănătăţii Publice la diferite etape l-au jucat: Iacob Felix şi Gheorghe Banu, D. Enăchescu (România); N.A. Semaşco şi Z.P. Soloviov (Rusia); A. Gromaşevschi (Ukraina); Alfred Groţian (Germania), Francesco Pocinoti (Italia) ş. a.

În Republica Moldova Sănătatea Publică cuprinde următoarele etape de dezvoltare:

Etapa I. Crearea infrastructurii (reţelei), instituţiilor medicale în localităţile rurale şi urbane şi implementarea metodelor noi de studiere şi promovare a sănătăţii (aa. 1945–1973). Un rol important în realizarea acestor direcţii l-au jucat şefii de catedră Igienă Socială şi Organizare a Ocrotirii Sănătăţii profesorii universitari M. Ghehtman, N. Testemiţanu şi V. Kant.

Etapa II. Elaborarea şi implementarea în practică a concepţiei „Lichidarea diferenţelor esenţiale dintre acordarea asistenţei medicale populaţiei urbane şi rurale", prevăzută pentru realizare până în a.2000 – prof. N. Testemiţanu.

Dezvoltarea asistenţei medicale specializate, modul de plasare a instituţiilor sanitare şi determinarea capacităţilor lor au la bază elaborările ştiinţifice ale marelui savant Nicolae Testemiţanu şi ale discipolilor săi.

Prof. Nicolae Testemiţanu, din 1973, a condus catedra Medicină Socială şi Organizare a Ocrotirii Sănătăţii, care a fost creată în 1945 de predecesorul său prof. M. Ghehtman. Din 1986, catedra a fost condusă de doctorul habilitat, profesorul universitar E. Popuşoi.

Sub îndrumarea acestor promotori ai medicinei sociale în Republica Moldova au fost publicate peste 5 000 de lucrări ştiinţifice şi pregătită o pleiadă întreagă de pedagogi şi lucrători ştiinţifici, dintre care 14 doctori habilitaţi şi peste 60 de doctori în medicină.

În 1971, sub conducerea profesorului N. Testemiţanu au fost iniţiate cercetări ştiinţifice vizând perfecţionarea asistenţei medicale acordate populaţiei rurale. Rezultatul final al acestor cercetări a fost fundamentarea teoretică a formelor optime de organizare a asistenţei medicale în condiţii de policlinică (ambulatoriu), spitaliceşti şi de urgenţă în localităţile rurale.

Implementarea formelor noi de organizare a asistenţei medicale specializate a fost consemnată cu Premiul de Stat (1983).

Etapa III. Realizarea reformelor în perioada de tranziţie de la sistemul Semaşco (dezvoltat în fosta Uniune Sovietică) la sistemul Bismark (implementarea Asigurărilor Medicale Obligatorii) în anii 1991–2003.

Pentru realizarea reformei în sistemul de sănătate a fost elaborat un set de documente legislative cu participarea catedrelor Sănătate Publică şi Management ale USMF „Nicolae Testemiţanu" (şefi prof. I. Prisacari, E. Popuşoi, D. Tintiuc).

Etapa IV. Implementarea Asigurărilor Medicale Obligatorii (aa. 2001 – 2004). În această perioadă au fost elaborate principiile, actele legislative şi normative pentru realizarea activităţilor instituţiilor medico-sanitare publice în condiţiile economice noi. La aceste activităţi a contribuit substanţial catedra Sănătate Publică şi Management „Nicolae Testemiţanu" (D. Tintiuc şi colaboratorii).

Condiţiile în care s-au desfăşurat şi se desfăşoară activităţile în Republica Moldova ce ţin de elaborarea şi implementarea măsurilor referitor la promovarea sănătăţii şi asigurarea accesului populaţiei la servicii medicale de calitate au determinat şi conţinutul Sănătăţii Publice. Astfel, „Sănătatea Publică reprezintă un sistem de măsuri de stat la nivel de grup şi individuale, orientate spre promovarea sănătăţii, profilaxia şi prevenirea maladiilor, reducerea invalidităţii şi decesului prematur, asigurarea accesului la serviciile calitative de sănătate şi medicale în baza efortului conjugat al societăţii, optimizării proceselor de organizare, planificare şi gestionare în sistemul de sănătate" (D. Tintiuc).

NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ: SCOPUL, SARCINILE, PRINCIPIILE

Scopul Sănătăţii Publice constă în a reduce:

a) disconfortul;
b) boala;
c) incapacitatea (invaliditatea);
d) decesul prematur.

Scopurile în Sănătatea Publică au determinat sarcinile principale propuse de Organizaţia Mondială a Sănătăţii:

- rezolvarea problemelor sănătăţii în aspect politic;
- asigurarea accesului populaţiei la servicii medicale calitative;
- asigurarea activităţilor ce ţin de securitatea sănătăţii;
- promovarea sănătăţii şi profilaxia maladiilor.

Aceste sarcini au fost puse la baza dezvoltării principiilor „Noua Sănătate Publică":

- ➤ realizarea principiilor Declaraţiei de la Alma-Ata;
- ➤ asigurarea motivaţională a Sănătăţii individuale;
- ➤ reorientarea scopurilor în sistemul de Sănătate, reieşind din condiţiile actuale;
- ➤ asigurarea accesului şi calităţii serviciilor medicale;
- ➤ asigurarea securităţii sănătăţii;
- ➤ monitoringul sănătăţii;
- ➤ gestionarea sistemului sănătăţii ca sistem economic.

Astfel, este necesar a menţiona că Noua Sănătate Publică este nu numai o concepţie, dar şi o filozofie, care are tendinţe de a îmbogăţi şi crea ceva nou şi de a include în linii generale: medicina preventivă, medicina socială, organizarea serviciilor de sănătate, managementul sănătăţii.

Vorbind despre sănătatea omului, unii autori acordă o importanţă primordială aspectelor biologic şi social: "Sănătatea omului este o unitate a calităţilor de ordin biologic şi social determinate de influenţe biologice şi sociale atât native, cât şi dobândite în timpul vieţii, iar boala – contravenţia acestei armonii, acestei unităţi" (Iu. Lisiţân, 1987).

Alţi autori definesc sănătatea drept o însuşire a organismului, care asigură păstrarea echilibrului în concordanţă cu vârsta şi cerinţele sociale şi eliberarea de nesatisfacere, disconfort şi boli, ce contribuie la supravieţuirea speciei.

Specificarea mai detaliată a indicatorilor după care e apreciată sănătatea o vom efectua când ne vom referi la sănătatea populaţiei.

Există definiţii în care sănătatea populaţiei e tratată ca proces, ca o măsură a vitalităţii, ca o nouă calitate etc. Majoritatea savanţilor consideră însă că sănătatea populaţiei este o noţiune statistică ce se caracterizează printr-o totalitate de indicatori demografici, indicatori ai dezvoltării fizice şi indicatori ai morbidităţii şi invalidităţii.

Interdependenţa dintre factorii biologici şi cei sociali în activitatea vitală a omului reprezintă problema fundamentală a medicinei contemporane. Această problemă include patru grupe de particularităţi şi, în corespundere cu ele, aspecte ale cunoştinţelor medicale:

1. particularităţi sociale cu repercusiuni asupra sănătăţii şi în special asupra morbidităţii, schimbărilor proceselor demografice şi chiar a tipului de patologie în diferitele condiţii sociale;
2. particularităţi generale comune tuturor vietăţilor, inclusiv omului, ce se manifestă la nivel celular, ba chiar şi molecular-biologic;
3. particularităţi cu caracter biologic şi psihic (psihofiziologic) inerente numai omului;
4. particularităţi ale naturii (clima, relieful, flora şi fauna, factorii cosmici etc.).

Particularităţile sociale pentru om, ca membru al societăţii, joacă un rol fundamental în dezvoltarea lui.

Sănătatea populaţiei sau a grupurilor umane am putea s-o definim ca fiind o sinteză a sănătăţii individuale apreciată într-o viziune sistemică globală, determinată de acţiunea complexă a factorilor sociali şi de ordin biologic, ai mediului (*figura 1*), fiind estimată prin intermediul indicatorilor demografici, caracteristicii dezvoltării fizice, morbidităţii şi invalidităţii, care depind de condiţiile vitale ale colectivităţii umane (condiţiile de muncă şi de trai, odihna, alimentaţia, nivelul de cultură şi de studii, dezvoltarea ocrotirii sănătăţii etc.).

Prin urmare, sănătatea populaţiei este o noţiune complexă, sintetică, care poate fi evaluată după următoarele criterii:

1. Indicii medico-demografici:
   a) Indicii mişcării naturale a populaţiei: mortalitatea generală şi după vârste; longevitatea; natalitatea, fertilitatea; sporul natural al populaţiei; sporul absolut al populaţiei.

b) Indicii mişcării mecanice a populaţiei: migraţia populaţiei (imigraţia, emigraţia etc.).
2. Indicii morbidităţii şi răspândirii bolilor (incidenţa, prevalenţa).
3. Indicii invalidităţii şi invalidizării.
4. Indicii dezvoltării fizice a populaţiei.

Mai sus am arătat că sănătatea omului depinde de echilibrul organismului cu mediul, de capacitatea de adaptare a omului la schimbările permanente ale mediului. În caz contrar apare boala.

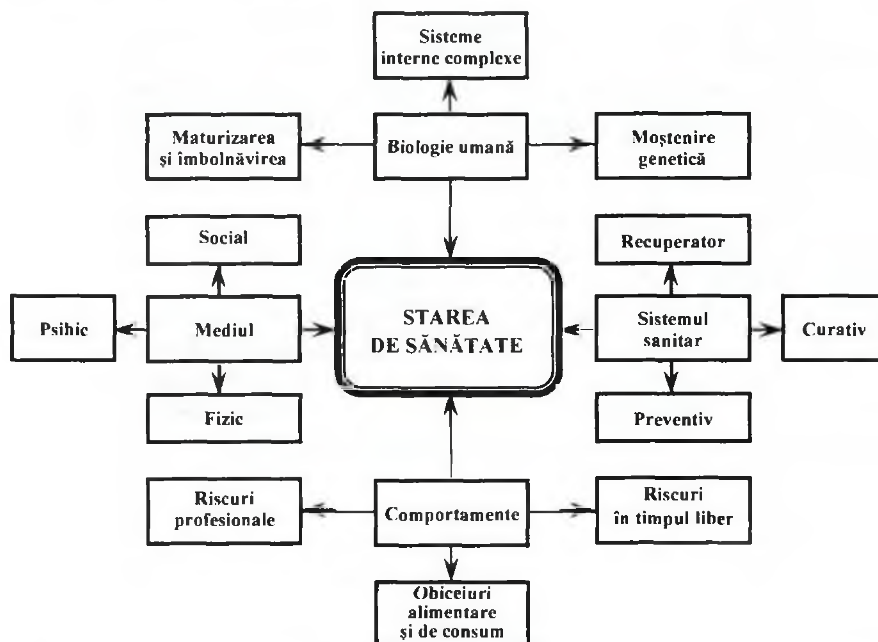


Figura 1. **Modelul epidemiologic al factorilor ce determină starea de sănătate**

Boala este o stare critică caracterizată prin apariţia unui dezechilibru, care tulbură unitatea părţilor în organism şi a organismului cu mediul, determinând limitarea, uneori până la dispariţie, a libertăţii de mişcare şi a capacităţii de muncă. "Boala este viaţa în condiţiile dereglate ale existenţei ei" (Rudolf Wirchow).

Analiza aprofundată a fenomenului de boală, manifestat la om, ne arată că omul nu este în toate împrejurările în contact numai cu ambianţa naturală în care a crescut şi s-a dezvoltat. Datorită progresului societăţii umane, care s-a manifestat mai intens în ultimul secol, ambianţa artificială creată de societate (civilizaţie) s-a interpus între om şi mediul său natural de viaţă.

Relaţiile precedente om – natură s-au transformat în relaţii mai complexe: om – societate – natură. Medicina cunoaşte transformări considerabile în ceea ce priveşte conţinutul şi orientarea ei. Conţinutul acesteia s-a extins, iar orientarea ei capătă o tendinţă tot mai largă spre medicina preventivă, cu un bogat conţinut social. Practica medievală evoluează treptat spre „medicina colectivităţii".

În asemenea condiții activitatea medicală este nevoită să recurgă la metodele sociologiei în studiul corelațiilor de boală – sănătate, care nu mai au un context simplu monofactorial, biologic, ci unul plurifactorial, social. Numeroase dovezi furnizate de practica medicală de toate zilele au format cu timpul opinia că între starea de sănătate a oamenilor şi condițiile social-economice există o strânsă legătură. Explicarea ştiințifică a acestei legături a înlesnit descoperirea „etiologiei sociale" a numeroaselor boli de care suferă omul.

Când vorbim de influența factorilor sociali asupra sănătății, o importanță deosebită capătă activitatea oamenilor orientată spre a-şi ocroti şi îmbunătăți propria lor sănătate, activitate ce are ca scop sanarea modului propriu de viață, dezrădăcinarea comportamentului antiigienic şi a deprinderilor nocive.

Modul sănătos de viață, şi în primul rând efectuarea profilaxiei primare, include eforturi comune ale organizațiilor statale şi sociale, instituțiilor medicale şi, desigur, ale populației.

Formarea modului sănătos de viață şi dezvoltarea largă a profilaxiei în perspectivă va cauza schimbări radicale în domeniul medicinei, care, în general, în prezent, este medicina omului bolnav, adică ştiința şi practica patologiei. Fără a slăbi atenția ce trebuie să fie acordată bolnavilor, tot mai insistent se resimte influența unei noi tendințe de a schimba medicina patologiei în medicina sanalogiei – ştiință şi activitate practică al cărei scop este promovarea sănătății celor sănătoşi.

Istoriografii medicinei consideră unanim că marele Hipocrate din Kos (460–337 î. Chr.) a fost primul care a intuit legătura dintre unii factori ai mediului social (regimul alimentar, condițiile de viață, deprinderile şi obiceiurile etc.) şi apariția bolilor.

Noua direcție a medicinei şi practicii medicale spre prevenirea bolilor a contribuit în mare măsură la dezvoltarea sănătății publice, impunând necesitatea cunoaşterii şi folosirii ei largi în practica ocrotirii sănătății.

MEDICINA SOCIALĂ: SARCINILE ŞI METODELE DE INVESTIGAȚIE

Medicina socială este o ramură a medicinei, care se ocupă cu studiul stării de sănătate a populației în corelație cu factorii sociali, ce o influențează (diagnosticul stării de sănătate a populației şi factorii etiologici).

Sarcinile medicinei sociale:

1. Promovarea sănătății, care prevede ca oamenii să fie tot mai sănătoşi, apți de a participa la viața socială (se realizează prin dezvoltarea măsurilor sanogenetice).
2. Ocrotirea sănătății prin menținerea sănătății şi prevenirea bolii.
3. Combaterea bolilor şi a consecințelor lor.
4. Redobândirea sănătății, în realizarea căreia contribuția medicilor, a serviciilor sociale şi sanitare este substanțială.

Medicina socială ca disciplină ştiințifică şi de studiu dispune de anumite metode proprii de investigație: 1) statistică; 2) sociologică; 3) social-psihologică; 4) experimentală; 5) economică; 6) istorică etc.

Metoda statistică, ca metodă de bază a ştiințelor sociale, este pe larg aplicată în medicina socială şi organizarea ocrotirii sănătății. Ea permite cunoaşterea în

structură şi dinamică a sănătăţii unei populaţii şi stabilirea eficacităţii activităţii organelor şi instituţiilor sanitare. La statistică se recurge în cercetările ştiinţifice din domeniile igienei, fiziologiei, biochimiei, medicinei clinice etc. Cu ajutorul acestei metode se determină distribuţia caracteristicilor, diversitatea, reprezentativitatea şi interdependenţa (corelaţia) dintre grupuri.

Metoda sociologică. Sociologia, ca ştiinţă despre legităţile dezvoltării şi funcţionării societăţii, posedă o serie de procedee de investigaţie specifice. Pentru medicina socială un interes deosebit prezintă cercetările legate de prognozare, verificarea ipotezelor, metodologia studierii documentelor, anchetării, intervievării, observării, precum şi de analiză structurală a grupurilor sociale mici.

Metoda social-psihologică. Psihologia socială a apărut la hotarul a două domenii: sociologie şi psihologie. Asemenea psihologiei generale, ea studiază procesele realităţii obiective care se reflectă în fenomenele psihice. Psihologia socială studiază de asemenea starea psihică şi particularităţile personalităţii omului în legătură cu apartenenţa sa la anumite grupuri sociale. Psihologia socială, studiind interacţiunea indivizilor în sistemele sociale de activitate în comun, caută să releve mecanismele de care depinde eficacitatea activităţii de muncă a colectivităţii (grupului social) date, precum şi sănătatea psihică şi nivelul capacităţilor intelectuale ale membrilor societăţii.

Pe baza metodelor social-psihologice, în ultimul timp, a apărut o nouă ramură a psihologiei sociale – psihologia medicală „care studiază personalitatea omului şi interrelaţiile psihologice medic – bolnav" (Rene Duda).

Această nouă ştiinţă, fără îndoială, va aduce o contribuţie preţioasă şi în studierea multor probleme de medicină socială.

Metoda experimentală. Include metode noi, mai eficace de cercetare, elaborarea modelelor de asistenţă medicală, aplicarea experienţei înaintate, controlul noilor proiecte, ipoteze, crearea bazelor experimentale, centrelor medicale etc. Un exemplu de aplicare cu succes a acestei metode sunt rezultatele căpătate de prof. V. Kant (1967) cu privire la dislocarea spitalelor, capacitatea lor relativă, numărul populaţiei deservite; soluţiile propuse de prof. N. Testemiţanu (1971) privind distribuţia spitalelor de profil larg în raioanele republicii, soluţiile prof. V. Procopişin referitoare la amplasarea farmaciilor în localităţile rurale ş.a.

Metoda istorică raportată la medicina socială permite aprecierea nivelului sănătăţii populaţiei sau a unor colectivităţi aparte în decursul unei perioade istorice sau alteia.

Metoda economică studiază interdependenţa dintre economie şi ocrotirea sănătăţii, modul în care investiţiile în ocrotirea sănătăţii se recuperează în economia societăţii. Folosirea raţională a bazei tehnico-materiale a ocrotirii sănătăţii (spitale, policlinici, dispensare, centre sanitaro-antiepidemice, instituţii de cercetări ştiinţifice etc.) şi finanţarea lor corespunzătoare constituie obiectivul unui studiu permanent în domeniul planificării şi finanţării.

Scopul elaborărilor şi măsurilor trasate este de a preveni prejudiciile economice determinate de înrăutăţirea sănătăţii oamenilor. Investigaţiile vizând morbiditatea şi invaliditatea membrilor unor colectivităţi au avut drept rezultat stabilirea indica-

torilor economici ce depind de ocrotirea sănătății și de calcularea prejudiciilor economice legate de incapacitatea temporară ori permanentă de muncă a oamenilor.

Un aspect important este faptul că asistența medicală trebuie să fie acordată la un nivel înalt și, totodată, în modul cel mai econom. Această problemă este obiectul de studiu al unei discipline aparte – economia ocrotirii sănătății.

PRINCIPIILE DE BAZĂ ALE OCROTIRII SĂNĂTĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Asigurarea sănătății populației constituie unul din obiectivele principale, pentru a cărui realizare se întreprind măsuri complexe – economice, sociale, culturale și sanitare – integrate în planul unic de dezvoltare economico-socială.

La baza organizării sănătății stau următoarele principii:

1. Caracterul de stat planificat și unitar al ocrotirii sănătății.
2. Accesibilitatea, teritorializarea asistenței medicale.
3. Aplicarea profilaxiei în promovarea, apărarea și refacerea sănătății și capacității de muncă.
4. Participarea populației la ocrotirea sănătății.
5. Argumentarea măsurilor de ocrotire a sănătății pe baze științifice.

*1. **Caracterul de stat, planificat și unitar*** înseamnă preluarea de către stat a înfăptuirii ocrotirii sănătății la nivelul întregii populații, realizarea acestei sarcini prin integrarea planurilor și programelor sanitare în programele de dezvoltare economico-socială și prin conducerea unitară de către stat a întregului complex de măsuri de ocrotire a sănătății și de asistență medicală populației.

Caracterul de stat se manifestă prin următoarele măsuri ale statului:

- dezvoltarea numărului și capacităților unităților sanitare și a numărului de cadre medico-sanitare în corespundere cu nevoile de sănătate;
- funcționarea tuturor instituțiilor medico-sanitare, dotarea lor și retribuția personalului din aceste unități;
- gratuitatea asistenței medicale și asigurarea cu medicamente a populației, desfășurarea acțiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor și de refacere a sănătății.

Caracterul planificat al ocrotirii sănătății populației, componentă a acestui principiu, se realizează prin includerea planului și programului sanitar în planurile și programele de dezvoltare social-economică.

Caracterul unitar al ocrotirii sănătății se realizează prin concepțiile, obiectivele și metodele unitare de lucru ce asigură unitatea conducerii de către stat a întregului sistem de ocrotire a sănătății populației.

*2. **Accesibilitatea și teritorializarea asistenței medicale*** realizează garantarea de către stat a dreptului la ocrotirea sănătății și asigurarea accesului tuturor cetățenilor la asistență medicală.

a) *Accesibilitatea* la îngrijiri medicale complete se realizează prin gratuitatea asistenței medicale, prin creșterea numărului și capacității instituțiilor și a numărului de cadre medicale, prin apropierea asistenței medicale de domiciliul și de locul de muncă al populației și prin dezvoltarea formelor active de asistență medicală.

b) *Teritorializarea* asistenţei medicale (principiul de circumscripţie) constă în atribuirea unui teritoriu de activitate fiecărei unităţi medico-sanitare unde acestea îşi exercită obligaţiunile.

3. ***Aplicarea profilaxiei în ocrotirea sănătăţii şi în asistenţa medicală*** a populaţiei se bazează pe înţelegerea ştiinţifică a interdependenţei dintre organism şi mediu, pe recunoaşterea rolului condiţiilor sociale în păstrarea sănătăţii şi prevenirea bolilor.

Concepţia profilactică stă la baza realizării principiului de dispensarizare a populaţiei.

Conţinutul noţiunii de profilaxie are mai multe aspecte.

a) *Profilaxia primară* se referă la crearea condiţiilor sănătoase de viaţă şi de muncă, cu scopul de a neutraliza şi a elimina factorii nocivi, de a exclude contactul lor cu organismul omului şi, în aşa fel, a preveni apariţia bolilor.
b) *Profilaxia secundară* care se rezumă la depistarea precoce a bolilor şi tratamentul lor calitativ.
c) *Profilaxia terţiară* include măsurile de recuperare, reabilitare a funcţiilor pierdute.

Asistenţa medicală cu caracter profilactic se acordă gratuit întregii populaţii. Multe categorii de bolnavi beneficiază de asistenţa medicală în spitale şi ambulatorii, de asigurarea cu medicamente în mod gratuit.

4. ***Participarea populaţiei la ocrotirea Sănătăţii publice.*** Fiecare cetăţean al oricărui stat, deci şi al republicii noastre, este direct interesat să participe în măsură tot mai mare şi în modul cel mai activ la organizarea ocrotirii sănătăţii şi la aplicarea în practică a măsurilor de prevenire şi combatere a bolilor.

Formele principale prin care se manifestă această participare sunt:

– comisiile permanente de sănătate, alcătuite din deputaţi; având cele mai diverse formaţii, principală lor îndatorire este mobilizarea şi atragerea maselor populare largi pentru a-şi da contribuţia la soluţionarea sarcinilor ce le revin în interesul protecţiei propriei lor sănătăţi;

– comisiile de asigurări sociale din cadrul sindicatelor, ce se ocupă cu rezolvarea, la locul de muncă, a numeroaselor probleme de asigurări sociale, de protecţie a muncii etc. şi cu mobilizarea muncitorilor la acţiunile de control sanitar obştesc.

Sindicatele au sarcina de a contribui la ridicarea nivelului de cultură sanitară, îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi de trai ale membrilor săi, participă activ la micşorarea morbidităţii şi a traumatismului, la realizarea măsurilor de sanare a muncitorilor şi funcţionarilor şi la educarea lor sanitară;

– Comisiile de femei (Liga femeilor) au în sfera lor de preocupări ocrotirea mamei şi a copilului. Comisiile de femei împreună cu instituţiile administrative, culturale participă în crearea condiţiilor optime de dezvoltare a copiilor şi de educare a lor atât în familie, cât şi în afara ei, în şcoli şi în instituţii preşcolare;

– Crucea Roşie de asemenea sprijină activitatea de ocrotire a sănătăţii prin mobilizarea membrilor săi în toate acţiunile profilactice de masă.

Din rândul activiştilor Crucii Roşii care au fost special pregătiţi se creează posturi şi echipe sanitare, inspectori sanitari, echipe sanitar-antiepidemice etc.

Un rol aparte în munca de educare sanitară a populației îi revine Centrului pentru Sănătate.

Factorul esențial îl reprezintă cooperarea activă, conștientă a oamenilor la realizarea măsurilor de profilaxie și educație sanitară adecvată capabile să asigure în rândul maselor largi ale populației însușirea unei culturi sanitare la nivelul cuvenit.

5. ***Argumentarea măsurilor de ocrotire a sănătății pe baze științifice.*** Ocrotirea sănătății în Republica Moldova se bazează, ca și în toate țările civilizate, pe cele mai noi achiziții ale științei medicale. Știința medicală este un factor hotărâtor al progresului. Instituțiile de cercetări științifice cu profil medical au drept sarcină primordială rezolvarea problemelor stringente ale Sănătății publice. În acest scop în toate subdiviziunile Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu" sunt promovate metodele moderne de cercetări științifice. Sunt încurajate și susținute material în special cercetările științifice epidemiologice, ecologice și medico-sociale. În ultimul timp aici se aplică pe scară din ce în ce mai largă evaluarea științifică a eficienței activității desfășurate.

6. ***Diversitatea formelor de organizare și finanțare a serviciilor medicale*** *(de stat, contra plată, asigurări medicale obligatorii și facultative).* Prima instituție de învățământ în domeniul Sănătății publice din lume a fost creată în 1919 în cadrul Universității John Hopkins Baltemore din inițiativa și sub conducerea lui William Henry Welch. Ea se numea Școala de Sănătate Publică.

Însemnătatea studierii Sănătății publice ulterior a fost recunoscută în Germania, iar mai apoi și în alte state.

PARTEA I

BIOSTATISTICA
ŞI METODELE DE STUDIU ALE SĂNĂTĂŢII PUBLICE

CAPITOLUL 1

BAZELE TEORETICE ŞI METODOLOGICE ALE BIOSTATISTICII

1.1. SCURT ISTORIC

Statistica a apărut din nevoia reală de a cunoaşte în expresie numerică o serie de activităţi, fenomene şi procese social-economice. Începuturile statisticii se întind până în antichitate sub forma unor evidenţe necesare statului. Termenul de statistică derivă din cuvântul latin „status", ceea ce înseamnă în traducere poziţie, stare, situaţie şi din cuvântul italian „statista" cu semnificaţie de om de stat.

Apariţia proprietăţii private asupra mijloacelor de producţie şi a formaţiunilor statale sclavagiste a impus ţinerea unor evidente, a numărului populaţiei şi a activităţilor productive. Evidenţierea lor, la început ca înregistrări izolate *(de unde şi denumirea de* statistică practică*)*, datează din cele mai vechi timpuri ale dezvoltării societăţii omeneşti. Astfel, primul recensământ a fost efectuat în anul 2300 î. Chr. la chinezi. Recensămintele efectuate de romani (Servius Tullius) (din 5 în 5 ani, apoi din 10 în 10 ani) erau cunoscute sub denumirea de „cens" (numărătoare). În Dacia evidenţele populaţiei se numeau „tabularium".

În societatea feudală statistica nu a putut lua o dezvoltare mai importantă, ca în general toate celelalte ştiinţe, din cauza stării de fărâmiţare teritorială şi se reducea mai mult la inventarierea bunurilor şi mai ales a pământurilor feudale, bisericeşti. De asemenea, apar date statistice despre numărul decedaţilor în timpul epidemiilor, îndeosebi a epidemiilor de ciumă. Cu toate acestea în secolele XVI-XVII au fost elaborate un mare număr de lucrări, în care se descria detailat situaţia social-economică folosind datele statistice. Apare **„statistica descriptivă"**. Dintre numeroasele lucrări, putem evidenţia strălucita monografie de talie europeană a lui Dimitrie Cantemir „Descriptio Moldaviae" (1716). Tot atunci, la romani, apar pentru prima dată registrele pentru născuţi, decedaţi, căsătoriţi, care se păstrau în temple.

Dezvoltarea modului de producție capitalist a condus la apariția unor noi concepte și metode statistice de investigație. Englezul William Petty, prin lucrarea sa **„Aritmetica politică"**, contribuie substanțial la afirmarea statisticii ca știință.

Începând cu a II-a jumătate a sec. XVIII rolul metodelor statistico-matematice în investigarea și interpretarea rezultatelor fenomenelor și proceselor se amplifică odată cu apariția **„calculului probabilităților"**. Merită să amintim numele lui P.S. Laplace, care elaborează teoria probabilității, K.F. Gauss, care definește „Legea normală de repartiție", P.L. Cebâșev, care a formulat „Legea numerelor mari", dezvoltată ulterior de A.N. Colmogorov, S.D. Poisson, care definește „Legea numerelor mici", „Legea de repartiție a evenimentelor rare" etc.

Paralel cu statistica generală se dezvoltă și statistica medicală. Începuturile au fost determinate de nevoia obținerii celor mai simple informații cantitative, formulate de regulă sub forma „câți bolnavi?", „câți decedați?", „câte celule sau microbi?" etc. Ulterior apar o serie de lucrări privind procesele demografice, precum și morbiditatea, mortalitatea și cauzele acestora. Se organizează sistemul de evidență medicală, precum și declararea și raportarea obligatorie a bolilor transmisibile. Spre sfârșitul sec. XIX apare statistica sanitară a zemstvelor.

Biostatistica, în școala medicală a Republicii Moldova, a apărut și s-a dezvoltat în cadrul Medicinei sociale, deoarece fără ea sunt de neconceput aprecierea stării de sănătate a populației, măsurarea corelației dintre factorii de risc și boală, evaluarea impactului unor factori de protecție asupra sănătății colectivității, fundamentarea cât mai obiectivă a unor programe de intervenție etc. Integrarea Biostatisticii în Medicina socială se explică și prin faptul că legile și procedeele ei sunt aplicabile deopotrivă în demografie și epidemiologie, domenii inseparabile legate de teoria și practica Sănătății publice. Totodată, biostatistica, alături de alte discipline de bază, este necesară înainte de toate pentru aportul său la formarea generală a medicului, deoarece îl învață să judece în termeni probabili, să înțeleagă și să măsoare riscurile deciziilor sale în condiții de incertitudine, să verifice ipoteze cauzale sau prognostice, să compare rezultatele unor observări sistematice și să afirme pentru un anumit grad de siguranță dacă diferențele rezultate din observări și măsurători se pot datora numai șansei. În felul acesta biostatistica devine un instrument al cercetării biomedicale, clinice și medico-sociale, dar și al aplicării gândirii științifice în practica medicală.

Deci, dezvoltarea continuă a vieții social-economice a făcut ca statistica și biostatistica să capete, atât în plan național, cât și internațional, un cadru instituțional.

Începând cu sfârșitul sec. XVIII apar birouri oficiale de statistică și în particular de statistică sanitară.

În finalul acestui scurt istoric am putea afirma, că rădăcinile statisticii moderne sunt: statistica practică; statistica descriptivă; aritmetica politică; calculul probabilităților ș. a.

1.2. NOȚIUNI GENERALE

Biostatistica este o ramură a statisticii generale specializată în studiul fenomenelor biologice și medicale. Ea se ocupă de culegerea, centralizarea și gruparea datelor, de prelucrarea lor și de determinarea unor indicatori pentru descrierea fe-

nomenelor biomedicale studiate, pe baza evidenţierii unor legităţi sau variabilităţi statistice.

Biostatistica este ştiinţa, care are ca obiect cunoaşterea în structură şi dinamică a sănătăţii unei populaţii, în corelaţie cu factorii social-economici, culturali, sanitaro-igienici şi medico-biologici determinanţi, având ca scop detectarea tendinţelor acestei stări, în condiţiile activităţii reţelei sanitare, a cărei eficienţă şi eficacitate este chemată s-o evalueze.

Nici o ştiinţă nu are ca obiect principal şi ca posibilitate metodologică de studiu diversele aspecte ale sănătăţii, noţiune definită vag, dar atât de cuprinzător de către OMS ca: "Bunăstare fizică, psihică şi socială".

Este necesar de a evidenţia şi constituirea biostatisticii ca ştiinţă, deoarece ea îşi are obiectul său propriu de studiu şi metoda sa proprie, parţial comună cu metodele altor ştiinţe, dar aplicată necesităţilor de cunoaştere logică a fenomenelor din domeniul sănătăţii.

Un specific al biostatisticii este, că ea se ocupă de studiul fenomenelor în dinamică, identificând tendinţele fenomenelor, acestea fiind unul din scopurile principale ale statisticii sanitare.

Obiectul de studiu al biostatisticii îl constituie fenomenele şi procesele, care reprezintă următoarele particularităţi:

Studiul stării de sănătate a populaţiei.	**Cunoaşterea condiţiilor de mediu.**	**Cunoaşterea resurselor sanitare.**	**Cunoaşterea activităţilor medico-sanitare.**
Indicii de morbiditate. Indicii demografici. Dezvoltarea somatometrică şi studiul constantelor biometrice. Aspectele de invaliditate şi handicap. Sănătatea mintală.	Aer. Apă. Alimentaţie. Habitat. Proces de muncă şi învăţământ. Radiaţii ionizante şi alte noxe.	Instituţii medicale. Personalul medical. Bugetul pentru sănătate.	Asistenţa Medicală Primară. Asistenţa Medicală Spitalizată. Asistenţa Medicamentoasă. Asistenţa medico-socială.

Figura 2. **Obiectul de studiu al biostatisticii. Compartimentele de studiu**

- se produc într-un număr mare de cazuri;
- variază de la un caz la altul;
- sunt forme individuale de manifestare concretă în timp, în spaţiu şi sub raport organizatoric.

Astfel, rezultă că obiectul de studiu al statisticii îl constituie fenomenele de masă, care au caracter variabil ca formă de manifestare în timp, în spaţiu şi sub raport organizatoric. Schematic, obiectul de studiu al statisticii sanitare poate fi

divizat în 4 compartimente mari (*figura 2*). Toate aceste aspecte trebuie studiate în structură şi dinamică, stabilindu-se previzional atât tendinţa fenomenelor, cât şi necesarul de asistenţă medicală şi resurse.

1.3. METODE DE CERCETARE

Metodele de cercetare aplicate în statistica sanitară nu diferă cu mult de cele folosite în alte domenii, unele dintre ele au fost chiar împrumutate de la acestea (cele matematice, economice). Utilizarea acestor metode se face ţinând cont de specificul lor. De exemplu, statistica sanitară în cadrul studiului Sănătăţii publice are ca scop nu numai depistarea fenomenelor, dar şi a dinamicii lor, evidenţierea tendinţelor acestor fenomene, corelaţiei lor cu factorii ce le provoacă etc. Studierea acestor particularităţi ale fenomenelor poate evolua prin intermediul următoarelor metode:

1. Metoda observaţiei – constă în monitorizarea desfăşurării unor fenomene, pentru a le putea analiza în dinamică, sau prin compararea lor, ca apoi să se realizeze sinteza caracteristicilor lor esenţiale. Cercetările efectuate prin această metodă în studiul Sănătăţii publice sau al unor cazuri clinice se realizează pe diferite căi:

a) statistică – când se acumulează informaţia despre schimbările fenomenului studiat sau activitatea organelor, instituţiilor sanitare şi altor servicii pentru sănătate sub formă de valori numerice.

b) aprecierea prin expertiză – prezintă un supliment la calea statistică, când fenomenul general e studiat pe fiecare aspect al lui în particular prin intermediul experţilor. De exemplu, dacă ne interesează morbiditatea spitalizată, atunci fiecare caz de boală tratat în staţionar fie că va fi paralel studiat în decursul spitalizării, fie că va fi studiat după externare în baza documentaţiei medicale. Experţii se pronunţă cu privire la termenul spitalizării bolnavului, dată fiind starea lui, apreciază calitatea investigaţiilor, corectitudinea diagnosticului şi tratamentului prescris în fiecare caz concret de patologie. Acelaşi lucru se poate efectua şi în cadrul serviciului de ambulatoriu, de urgenţă etc. Datele generalizate servesc la calcularea unor coeficienţi de corijare obţinuţi pe cale statistică. Expertiza este o metodă mai mult calitativă de investigaţie, permiţând elaborarea măsurilor concrete de ajustare a fenomenului studiat.

În funcţie de timpul când se efectuează observaţia, deosebim:

a) cercetarea curentă (continuă) – se utilizează atunci când variabilitatea fenomenului studiat se poate schimba destul de des, când aceste schimbări pot surveni zi de zi şi chiar oră de oră. Astfel de cercetări se efectuează, de regulă, în clinică, mai ales în secţiile de reanimare sau în maternitate, în secţiile de boli infecţioase, unde observarea trebuie să se facă de câteva ori pe zi sau peste un anumit interval de timp;

b) cercetarea periodică (la anumite intervale de timp) – se utilizează atunci când fenomenul studiat are o variabilitate mult mai mică în timp sau o apariţie şi evoluţie periodică. De exemplu, se ştie că unele boli se acutizează în anumite perioade ale anului (boala ulceroasă, reumatismul) sau evoluează în condiţii atmosferice specifice ale anului (gripa, virozele organelor respiratorii, unele boli infecţioase etc.). Ca urmare, cercetarea poate fi efectuată numai pe parcursul acestor perioade

de timp sau la sfârşitul lor. În alte cazuri se recurge la cercetări periodice o dată la 5-10 ani. Astfel de cercetare se impune în cazul unui volum mare al totalităţii (structura populaţiei după sex, vârstă, ocupaţie, locul de trai, starea civilă etc.);

c) cercetare la un moment critic – atunci când se fixează data şi chiar ora de înregistrare a fenomenului studiat (recensământul populaţiei, înregistrarea personalului medico-sanitar etc.).

După frecvenţa observaţiilor cercetările pot fi:

- de o singură dată;
- repetate sau cu revenire la aceeaşi totalitate.

2. Metoda epidemiologică sintetizează cele evidenţiate prin metoda observaţiei şi prezintă un studiu corelativ al fenomenelor din cadrul Sănătăţii publice cu factorii (cunoscuţi sau presupuşi) de risc. Această metodă, ca şi cea precedentă, utilizează pe larg o serie de metode matematice pentru a găsi legitatea schimbărilor variabile, dinamice, structurii fenomenelor studiate în legătură cu factorii ce le determină (valorile medii, dispersia, corelaţia, regresia etc.).

3. Metoda istorică este strâns legată cu primele două metode, fundamentând studiul sanitar al Sănătăţii publice sau al activităţii serviciilor pentru sănătate în cadrul dezvoltării istorice a societăţii. Aici mai frecvent se utilizează comparările aceluiaşi fenomen raportat la diferitele categorii de populaţie (diferenţiate după semne – sex, grupuri sociale, vârstă, ocupaţii etc.), teritorii (continente, ţări, regiuni, localităţi) studiate acum şi în trecut.

4. Metoda economică precizează starea de sănătate publică, determinată de prezenţa surselor băneşti, materiale, economice etc. Această metodă se foloseşte la aprecierea eficacităţii activităţii serviciilor pentru sănătatea populaţiei (din punct de vedere social şi economic) în cadrul medicinei de stat, prin asigurare, precum şi celei private.

O varietate a acestei metode este metoda economico-matematică, când se utilizează în combinaţie cu o serie de metode matematice ce ne permit să optimizăm acţiunile sanitare ale reţelei sanitare legate de problemele de sănătate a populaţiei cu analiza de sistem, de prognozare etc.

5. Metoda experimentală are ca scop elaborarea şi aprobarea noilor forme şi metode de organizare a muncii, a asistenţei medicale, aplicarea în practică a experienţei înaintate, verificarea reciprocă a diferitor proiecte, ipoteze, a noilor metode de diagnosticare şi tratament etc. Specificul acestei metode constă în aceea că cercetătorul singur îşi „creează" obiectul şi metoda de cercetare, reproducând astfel fenomenele sau aspectele ce-l interesează în condiţii de laborator, iar mai apoi analizând totul în detaliu conform scopului stabilit.

Orice experiment nu depinde numai de dorinţa şi năzuinţa savantului, ci constituie o problemă de ordin social. Soluţionarea lui va cere din partea acestuia îmbinarea mai multor metode de cercetare.

6. Metoda demografică permite obţinerea, analiza şi sinteza informaţiilor privind evenimentele, fenomenele din sânul populaţiei, în structura şi dinamica lor.

7. Metoda sociologică utilizează anchetarea şi interviul. Ea permite de a studia opinia populaţiei şi a medicilor faţă de calitatea, oportunitatea, reformarea etc. serviciilor de sănătate.

În genere, în orice studiu statistic cu scop de cunoaştere nu se foloseşte numai o metodă izolată de cercetare. Pentru o investigare multilaterală a fenomenului şi ţinând cont de scopul propus cercetătorul trebuie să decidă ce metode se impun şi la ce etapă.

1.4. TOTALITATEA STATISTICĂ

Studiul oricărui fenomen privind starea sănătăţii populaţiei sau al altor noţiuni cu folosirea metodelor statistice cere de la medic alegerea în cunoştinţă de cauză a obiectului de studiu (adică a totalităţii statistice), unităţii de observare şi a semnelor ei caracteristice.

Totalitatea statistică reprezintă un număr mare de elemente (unităţi de observaţie) relativ omogene, luate împreună în anumite hotare de spaţiu şi timp. Această totalitate poate servi drept eşantion.

Totalitatea statistică constă din unităţi de observaţie, grupate printr-o modalitate specifică, dar nu în urma unei sume mecanice a acestor unităţi. Numărul de unităţi de observaţie determină *volumul totalităţii* destinate studiului şi simbolic se notează prin „*n*".

În funcţie de scopul şi sarcinile studiului urmează să se delimiteze elementul primar al totalităţii – *unitatea de observaţie*. De exemplu, în studiul morbidităţii în populaţie, unitatea de observaţie va fi omul, în cel al mortalităţii – cazul de deces. Fiecare unitate de observaţie are mai multe caracteristici (*caractere*) sau particularităţi. Pentru început se va stabili, care particularitate va fi luată în evidenţă şi care nu. Această problemă se rezolvă în cadrul oricărui studiu în parte şi se aleg numai caracteristicile tipice necesare pentru atingerea scopului şi elucidarea sarcinilor concrete ale cercetării. Astfel de caracteristici, cum sunt sexul, vârsta, locul de trai, durata maladiei, spitalizării, rezultatele investigaţiilor, tratamentul bolnavului şi altele ne permit să dăm o caracterizare multilaterală nu numai a unităţii de evidenţă, dar şi a totalităţii în ansamblu. Fiecare caracteristică poate avea la rândul ei diverse gradaţii (sexul – bărbat, femeie; vârsta – până la 15 ani, 16-20, 21-25, 26-30 ani etc.; locul de trai – urban, rural; rezultatele investigaţiilor pot fi gradate după valorile lor numerice sau după nivelurile normei etc.). Între caractere pot fi găsite relaţii corelative mai mult sau mai puţin complexe şi care pot fi evidenţiate sau verificate pe parcursul cercetării întregului fenomen (sănătatea publică, morbiditatea, mortalitatea, natalitatea, dezvoltarea somatometrică, psihomotorie a copilului etc.).

După particularităţile sale de exprimare, fiecare caracteristică (*figura 3*) poate fi: **calitativă** (atributivă, descriptivă), exprimată prin cuvinte, sau **cantitativă** (numerică), exprimată prin cifre. Caracteristici calitative sunt: sexul, etnia, profesia,

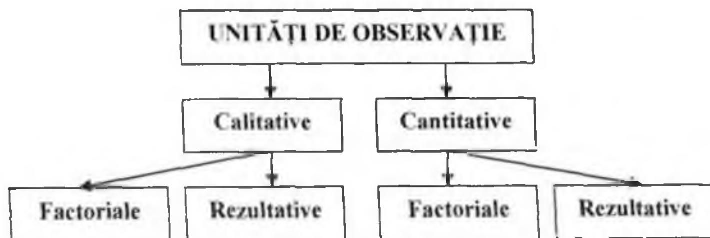


Figura 3. **Clasificarea caracteristicilor unităţii de observaţie**

locul de trai, entitatea nosologică, rezultatul final al tratamentului, calitatea lui etc. Caracteristicile cantitative includ: vârsta, indicii antropometrici, temperatura, durata de tratament, spitalizării, rezultatele investigaţiilor etc. În acest caz fiecare caracteristică numerică, la fiecare unitate de observaţie, va avea valoarea sa specifică, pe care o vom numi variabilă sau variantă, notată simbolic prin „*v*".

Pe parcursul studiului poate fi evidenţiată corelaţia unor caracteristici ale fenomenului studiat, de care depinde într-o măsură mai mare sau mai mică valoarea altor caracteristici. De exemplu, masa corpului va depinde de înălţime, iar ultima este corelată de vârstă.

Caracteristicile, sub influenţa cărora se schimbă alte caracteristici, se numesc **factoriale**, iar celelalte – **rezultative**. Caracteristici factoriale sunt: metodele de profilaxie, diagnosticare, tratament, dozele medicamentelor, sexul, vârsta, profesia, studiile, venitul etc., cele rezultative includ: diagnosticul, rezultatul tratamentului (însănătoşire, ameliorare, fără schimbări, înrăutăţire, invaliditate, deces), rezultatele analizelor (nivelul hemoglobinei, colesterolului etc.).

După ce şi-a clarificat scopul şi sarcinile studiului, cercetătorul trebuie să determine unitatea de evidenţă cu toate caracteristice sale (descriptive sau numerice; factoriale sau rezultative) ce prezintă interes pentru cercetarea dată; toate aceste noţiuni urmează să fie oglindite în programul de culegere a materialului informativ, adică în registrul (chestionarul) respectiv.

Oricare ar fi obiectul de cercetări şi scopul urmărit, este necesară delimitarea unităţii de observaţie ca mărime, volum, număr de fenomene, fiinţe sau lucruri studiate. Delimitarea se face prin observarea unui fenomen demografic sau de morbiditate, fie prin examinarea integrală a unei populaţii, fie doar parţială. Deci, conform genului său, cunoaştem 2 tipuri de cercetare:

Cercetarea integrală – se subînţelege studiul întregului volum sau număr din colectivitatea cercetată, adică întreaga „populaţie" sau „universul statistic" (se iau toate unităţile de studiu existente la momentul dat). Cercetarea integrală este utilizată în studiul unor fenomene cu apariţie rară, cu un număr mic de cazuri sau când cunoaşterea este necesară pentru luarea măsurilor imediate (unele boli infecţioase şi parazitare), sau pentru determinarea structurii populaţiei prin recensământ.

Cercetarea parţială se limitează la studiul unei părţi din „universul statistic", ales pe bază de selecţie, spre a putea fi reprezentativ pentru întreaga populaţie. Totalitatea parţială trebuie: să deţină particularităţile caracteristice de bază de care dispune cea integrală;să dispună de un volum satisfăcător, după numărul de observări , ca să exprime cât mai precis calităţile totalităţii integrale.

1.5. ELEMENTE DE TEORIE A PROBABILITĂŢII

Teoria probabilităţilor este o teorie matematică ce se ocupă cu studiul fenomenelor întâmplătoare ce pot apărea în gruparea unui semn studiat pe baza unui experiment probabilist aleator. Adică, atunci când rezultatele nu pot fi prevăzute cu exactitate, dar pot avea o oarecare frecvenţă mai mult sau mai puţin legitimă. De exemplu, adresarea fiecărui cetăţean la serviciul de urgenţă nu poate fi programată de nimeni. Însă în totalitatea lor integrală sau parţială aceste adresări pot fi repartizate cu o anumită legitate în fiece zi, pe ore. Studiind această legitate, putem face

prognoze privind adresările din anumite zile şi ore. Iar acest lucru ne permite să planificăm repartiţia mijloacelor serviciului pentru satisfacerea necesităţilor populaţiei.

Deci, probabilitate se numeşte măsura de posibilitate a apariţiei unor fenomene întâmplătoare în condiţiile concrete date. Probabilitatea, de obicei, se înseamnă prin litera "p".

Probabilitatea de apariţie a unui fenomen poate fi estimată prin două procedee:

– clasic, sau abordare a priori – dacă fenomenul se produce în „h" posibilităţi din „n" experimente, atunci probabilitatea acestui fenomen va fi „h/n";

– frecvenţa empirică, sau abordare a posteriori – când experimentul se repetă de mai multe ori – „n", iar fenomenul se produce cu o frecvenţă de acum fixată „h" (precum în exemplul cu adresările la serviciul de urgenţă). Aici probabilitatea apariţiei fenomenului va fi „h/n".

Conform definiţiei clasice a probabilităţii, adoptate de P.S. Laplace, probabilitatea apariţiei în totalitatea parţială a unui fenomen „p" se determină prin raportul fenomenelor deja apărute „m" la numărul tuturor cazurilor posibile „n":

$$p = \frac{m}{n}$$

Drept contraprobabilitate a evenimentului determinăm alternativa – probabilitatea lipsei fenomenului, însemnată prin litera „q":

$$q = \frac{n-m}{n} = 1 - \frac{m}{n} = 1 - p \quad \text{sau} \quad q = 1 - p \ ; p + q = 1$$

Din formulă reiese că suma probabilităţilor prezenţei fenomenului cu contraprobabilitatea lui este egală cu unitatea, iar în procente cu 100%.

Rezultatele de mai sus pot fi exprimate şi altfel: probabilitatea apariţiei fenomenului „p" se află în hotarele dintre 0 şi 1 sau 0 – 100,0%. Cu cât probabilitatea e mai aproape de 1 sau 100,0%, cu atât prezenţa fenomenului în totalitate e mai reală, şi viceversa. Această teorie argumentează legea cifrelor mari.

Legea cifrelor mari are două aplicaţii importante pentru determinarea totalităţilor selective:

1. Pe măsura majorării numărului de observaţii rezultatele cercetării obţinute pe baza totalităţii selective tind să reproducă datele totalităţii integrale.

2. La atingerea unui anumit număr de observări în totalitatea selectivă rezultatele cercetării vor fi maximal apropiate de cele posibile pe baza totalităţii integrale.

Deci, la un număr suficient de mare de cazuri de observări se manifestă legitatea ce stă la baza totalităţii integrale şi care nu poate fi observată în cazul unui număr mic de observaţii.

Pentru o înţelegere mai bună a teoriei probabilităţii şi regulilor legii cifrelor mari descriem exemplul cu urna lui Galton, în care era introdus un număr egal de bile negre şi albe (câte 500), deci, în proporţie de 1:1 sau 50% şi 50%. La întâmplare se extrage câte o bilă, se înseamnă culoarea ei şi apoi ea este pusă înapoi în urnă. Operaţia se repetă de 10, 20, 50 ori şi mai mult. La început proporţia bilelor albe faţă de cele negre era 1:4 sau 20% şi 80%. La un număr mai mare de extrageri (100 – 200 – 250) proporţia se apropie de cea reală: 0,5 / 0.5 sau 50% şi 50%. Din acest moment oricât s-ar prelungi numărul de extrageri proporţia nu se va schimba.

Deci, limita maximă corespunzătoare a totalității selective poate fi calculată cu o oarecare probabilitate.

Să presupunem că ponderea fenomenului în totalitatea selectivă „P1" diferă de cea din totalitatea integrală „P" cu o mărime ce exprimă eroarea reprezentativă „m" și se explică prin faptul că nu toate unitățile de observație au fost studiate. Comparând aceste ponderi, dintre care una e obținută pe baza unei totalități selective de un volum mai mare, vedem că valorile lor s-au apropiat. Deci, în caz de un eșantion de volum mai mare probabilitatea de necoincidență a ponderilor e atât de mică încât poate fi neglijată.

Statistic este demonstrat faptul că în caz de o totalitate selectivă mare (n >30) cu probabilitatea de 95% ponderea fenomenului „P1" va fi diferită față de cea din totalitatea integrală „P" cu „2m"; cu probabilitatea de 99,7% diferența „P1 – P" nu va depăși „3m". Cifrele 1, 2, 3.... . n, cu care se înmulțește valoarea erorii „m", poartă denumirea de coeficienți de exactitate sau factori de probabilitate și se însemnă prin simbolul „t". Cu majorarea coeficientului „t" crește probabilitatea cu care vom putea spune că diferența ponderilor căpătate din ambele totalități este situată în intervalul: „Δ = tm", unde „Δ" reprezintă eroarea limită admisă pentru studiul dat. Deci,

$$P = P_1 \pm \Delta$$

În cazul experimentului cu bilele s-a constatat legitatea că la un anumit număr de extrageri „n" într-o totalitate selectivă „P1" se înregistrează raportul aproape de cel real al bilelor albe și negre din totalitatea generală „P". Odată cu majorarea volumului totalității selective, se poate influența asupra mărimii maxime a erorii, aducând-o la valori minime. Eroarea dată începe a fi aproape aceeași de la un anumit număr, suficient de mare, care este în dependență de numărul totalității generale.

Pentru a determina acest număr „n", de la care indiferent cât vom majora numărul de observări, rezultatele nu vor fi semnificativ diferite, trebuie să cunoaștem cu ce exactitate este necesar de a primi rezultatele, adică eroarea limită admisă „Δ" pentru studiul dat. Astfel, putem determina volumul eșantionului.

1.6. EȘANTIONAJUL

Prin eșantion sau „totalitate selectată" se subînțelege un număr „*n*" de elemente extrase pentru o cercetare parțială dintr-o populație care, dacă ar fi studiată, ar reprezenta o cercetare integrală.

Eșantionajul prezintă două serii de avantaje. Astfel, datorită faptului că din totalitatea unităților de observare nu sunt studiate decât o parte, efortul depus în cercetare este mai redus. Există, adică, un plus de operativitate și un cost mai mic.

A doua categorie de avantaje este generată de calitatea de reprezentativitate a eșantionului. Deși nu se înregistrează toată populația, datele care se obțin sunt reprezentative pentru aceasta. În alți termeni, rezultatele cercetării efectuate pe un eșantion pot fi extrapolate la populația-țintă, care este reprodusă – în mic – în structura colectivității de selecție.

Însă datele eșantionului nu sunt întru totul certe: ele sunt valabile pentru populația de origine, numai cu o probabilitate, care este totdeauna inferioară unității.

De asemenea, eşantionul reproduce populaţia cu unele erori. Ele pot fi divizate în două categorii:

1. datorate subiectivităţii în măsurarea valorilor semnelor caracteristice a informaţiilor celor investigaţi, a non-răspunsurilor şi a utilajului de investigaţie, aşa-ziselor erori de implementare şi măsurare;

2. apărute în procesul de extrapolare a rezultatelor eşantionului la întreaga populaţie, numite erori de selecţie şi care pot fi mai grave decât cele de măsurare.

Deci, pentru a realiza avantajele eşantionajului, este necesară efectuarea unei selecţii stricte, care ar îndeplini condiţiile cercetării şi o determinare corectă a volumului cercetării.

1.6.1. TEORIA SELECŢIEI

Teoria selecţiei, bazată pe aceeaşi teorie a probabilităţilor, constă din studiul relaţiilor existente între o populaţie şi eşantionul sau eşantioanele posibil de a fi extrase din aceasta, scopul selecţiei fiind cunoaşterea întregii populaţii, întregi cu minimum de efort.

Tipurile de selecţie sunt:

1. ***Selecţia aleatorie sau Randomizată simplă*** (la întâmplare) se efectuează prin extrageri întâmplătoare din liste, în care sunt înregistrate toate cauzele individuale fără nici o grupare sistemică prealabilă. Selecţia aleatorie poate fi **simplă**, după exemplul de mai sus, dar poate fi şi **stratificată**, după o grupare prealabilă şi extrăgând apoi la întâmplare cazurile, care trebuie cercetate din fiecare grupă, proporţional cu volumul fiecărui grup.

2. ***Selecţia mecanică – Sistemică*** – o selecţie probabilistică în care elementele dintr-o listă sunt selectate aplicând un pas fix (interval constant) după determinarea unui punct de plecare random. Dacă proporţia subcolectivităţii studiate se stabileşte la 5% sau 10% pe baza calculelor de probabilitate, se stabileşte pasul de numărare, luându-se fiecare al 20-lea sau al 10-lea individ sau bolnav respectiv. Tot pe baza selecţiei mecanice sunt alese, de exemplu, localităţile dispuse după modelul tablei de şah.

Pasul de numărare se stabileşte împărţind numărul cazurilor care formează populaţia de referinţă din care se extrage eşantionul la mărimea eşantionului.

Avantajul acestei selecţii este simplitatea cu care se poate alege eşantionul, dar acest avantaj este uneori în detrimentul exactităţii rezultatelor cercetării, îndeosebi când densitatea în localităţile supuse cercetării este diferită.

3. ***Selecţia tipică (stratificată)*** – selecţie proporţională cu mărimea populaţiei – se utilizează frecvent în cercetări din domeniul sănătăţii, unde variabilitatea fenomenelor este mare, fiind necesară zonarea, gruparea pentru o mai bună organizare. Teritoriul se împarte în zone, în care fenomenul respectiv are intensitate maximă, minimă şi medie. Ulterior din fiecare zonă se extrage un număr proporţional cu intensitatea fenomenului.

Dacă în cadrul selecţiei tipice este nevoie de a se face o nouă grupare, stratificare, pentru a obţine zone şi mai omogene, metoda ia denumirea de selecţie în mai multe faze, sau cu mai multe trepte.

Avantajul acestei metode pentru cercetări este net superior, fiindcă oferă mai mari şanse ca fenomenele studiate să fie uniform reprezentate, eşantionul obţinut fiind reprezentativ pentru întreaga colectivitate.

Selecția tipică poate fi combinată, la rândul ei, cu selecția aleatorie sau mecanică în faza a doua sau a treia, obținându-se astfel o selecție mixtă sau combinată.

Este adevărat că, așa cum spunea statisticianul rus Paievski, un eșantion mare (50 000 unități de selecție), extras „oricum" dintr-o populație este reprezentativ pentru orice populație, totuși, în special în fenomenele cu o mare variabilitate a caracteristicilor studiate, numai o selecție combinată: tipică stratificată și pe ultimele sau ultima treaptă, aleatorie sau mecanică, poate garanta fiabilitatea rezultatelor și reprezentativitatea față de populația din care s-au extras eșantioanele.

4. ***Selecția în cuiburi (în serii) – cluster*** – o selecție probabilistică, în care fiecare unitate este de fapt o colecție, o microzonă (un cuib de „*n*" elemente), ce urmează să fie cercetate integral. Organizația Mondială a Sănătății recomandă această metodă de selecție drept una dintre cele mai reprezentative.

Tot pentru a satisface cerințele teoriei probabilităților, trebuie să se calculeze foarte corect dacă structura pe diferite caracteristici ale eșantionului (sex, vârstă, ocupație, pe total, zone, medii etc.) este similară cu caracteristicile populației, în caz contrar trebuie să fie eliminate o parte din unitățile de selecție (gospodării, persoane etc.) pentru o standardizare a eșantionului după modelul populației (deci structurile procentuale pe sex, vârstă etc. ale eșantionului să fie similare cu cele ale populației de referință).

1.6.2. MĂRIMEA EȘANTIONULUI REPREZENTATIV

În subcapitolul precedent s-a vorbit despre căile de selecție a eșantionului, avantajul fiecărei metode în atingerea scopului final al studiului. O importanță și mai mare are posibilitatea de a determina numărul de cazuri de observație al eșantionului, ceea ce permite să se precizeze nu numai limitele, dar și să se asigure reprezentativitatea totalității selective. Determinarea unui număr optim de cazuri prezintă importanță și sub aspectul eliminării sau reducerii erorilor, permite de a repartiza just necesitățile în cadre și mijloace și de a reduce termenele studiului.

Este necesar ca fenomenul studiat să fie cunoscut sub toate aspectele sale, în profunzime, în acest sens fiind bine ca fenomenul să fie supus în prealabil unei analize statistico-matematice. Dar, de cele mai multe ori, nu există o posibilitate de a cunoaște în profunzime fenomenul studiat. În aceste cazuri, stabilind o eroare limită cu care să se lucreze „Δx" și o probabilitate admisă „*P*", putem, conform recomandărilor lui P. Mureșan, să stabilim eșantionul reprezentativ după formula:

$$n = \frac{Nt^2 pq}{N\Delta x^2 + t^2 pq}, \text{ unde:}$$

n – volumul eșantionului reprezentativ;

t – factorul de probabilitate, care poate fi egal cu 1,96 sau 3 pentru o probabilitate de 95% ori 99% respectiv;

p și *q* – probabilitatea și contraprobabilitatea de apariție (sau neapariție) a fenomenului cercetat.

În cazurile când nu avem date despre fenomenul cercetat, se constată că „*n*" este maxim când produsul „*pq*" este maxim, or, ținând seama de faptul că $0 \leq p \leq 1$ și $q = 1 - p$ produsul este maxim, atunci când $p = q = 0,5$;

Δ – eroarea limită admisă, valoarea maximă acceptată a căreia este de 5%, pentru care „Δx" va fi egală cu 0,05;

N – volumul colectivității generale.

În literatura de specialitate putem găsi mai multe formule, în baza cărora se apreciază mărimea eșantionului, toate luând în considerare factorul de probabilitate și eroarea admisă. De asemenea, pot fi utilizate tabele speciale, care au fost elaborate și permit de a stabili numărul cazurilor necesare de a fi investigate, adică volumul eșantionului.

1.7. CALCULAREA INDICATORILOR STATISTICI

Datele statistice obținute în cursul cercetării nu exprimă decât însușiri selective, individuale sau de grup și sunt, de obicei, prezentate prin valori absolute. Aceste valori sunt greu de interpretat, lipsind elementul comun de comparare, corelare și sinteză. Cu toate că uneori în anuarele statistice întâlnim în loc de indici speciali valori absolute, așa-numiții indicatori primari, aceștia pot fi utilizați atunci când studiem evenimente sau fenomene cu o frecvență rară, cifra absolută exprimând mai bine esența structurii și dinamicii fenomenului studiat. În celelalte cazuri sunt calculați anumiți indicatori cu ajutorul cărora se generalizează, abstractizează pentru o interpretare comparativă, corelativă a diferitor subgrupe de semne ale totalității cercetate, în felul acesta analizându-se mai profund caracteristicile individuale și de grup ale semnelor, iar pe baza lor și ale totalității întregi. Acești indicatori se numesc derivați; ei pot fi prezentați sub formă de valori relative sau medii.

1.7.1. VALORILE RELATIVE

Pentru a face o caracteristică a totalității cercetate, în prealabil, după semnele ei calitative (mai ales în caz de repartiție alternativă) se utilizează valorile relative.

Mai frecvent folosim 4 grupe de indicatori:

1. Indicatorii intensivi (de nivel, de frecvență) arată care este frecvența unui fenomen dintr-o anumită perioadă și teritoriu față de o colectivitate care nemijlocit a produs acest fenomen. Acești indici pot fi numiți rate, deoarece fenomenul provine din populație.

$$\text{I int} = \frac{\text{Nr. abs. al fenomenului}}{\text{Nr. abs. al populației}} \times 100 \quad (1\,000;\ 10\,000;\ 100\,000)$$

În funcție de înmulțitor, indicatorul va fi prezentat:

100 – ⁰/₀ procent

1 000 – ⁰/₀₀ promile

10 000 – ⁰/₀₀₀ prodecimile

100 000 – ⁰/₀₀₀₀ prosantimile

Indicatorii intensivi se utilizează pentru stabilirea fenomenului cercetat (morbiditatea, natalitatea, mortalitatea) – unicul ce poate fi utilizat pentru compararea frecvențelor cercetate din diferite teritorii. Se utilizează pentru analiza succesivă, în dinamică a fenomenelor cercetate.

Exemplu. În orașul D au fost înregistrate 350 de cazuri de deces la o populație de 50 000 de locuitori. Indicatorii intensivi în majoritatea cazurilor de studiu al

morbidităţii, proceselor demografice, invalidităţii etc. se calculează în medie la o mie de locuitori. Deci, în cazul dat indicele va fi:

$$x = \frac{350 \times 1000}{50\,000} = 7\text{‰}$$

La analiza cazurilor de morbiditate cu pierderea temporară a capacităţii de muncă şi a letalităţii spitaliceşti cota mediului faţă de care se determină nivelul fenomenului va fi o sută. Acest fapt e legat în primul caz de necesitatea comparării nivelului morbidităţii date în diferite colectivităţi după volum mare, iar în al doilea – mediul (numărul de bolnavi în colectivitate, în spitale etc.) e mic.

În genere, când analizăm un fenomen cu o frecvenţă de răspândire mică într-un mediu mare indicele intensiv poate fi calculat faţă de 10 000, 100 000. Aici urmărim două scopuri:

1. obţinem rezultatul, fie chiar şi fracţionar, dar sub o valoare întreagă înaintea virgulei – 1, 2 şi mai mult;
2. acest indice, fiind un număr întreg şi nu fracţionar mic (de tipul 0,00001), poate fi uşor citit sau reprezentat grafic.

Deci, în aşa cazuri unitatea de măsură a valorii indicelui va fi exprimată în promile, prodecimile, prosantimile etc. Orice indice căpătat sub formă de promile, prodecimile etc. poate fi uşor schimbat, fără să-l recalculăm, mutând virgula cu o cifră în dreapta sau în stânga.

Când calculăm indicii anuali ai mortalităţii, natalităţii, morbidităţii, la numărător luăm populaţia medie anuală (semisuma numărului de populaţie în localitate la început şi la sfârşit de an).

La calcularea coeficientului de intensitate a fenomenului pe o perioadă a anului (o lună, un trimestru) pentru a-l raporta la indicii similari din anii precedenţi, compararea se va face cu perioada analogică a anilor trecuţi sau dacă încercăm să-l comparăm cu indicii anuali din trecut, atunci şi pe cel dat trebuie să-l transferăm la nivelul indicelui anual aşteptat.

Pentru aceasta, în formula obişnuită de calcul al indicatorului intensiv numărătorul se înmulţeşte la 12 (numărul de luni ale anului), iar numitorul – la numărul de luni pe baza căruia a fost determinat indicele selectiv.

De exemplu: pe parcursul primului trimestru al anului de dare de seamă în localitatea E, cu o populaţie de 400 000 de oameni, s-au născut 1 500 de copii. Indicele de intensitate va fi:

$$x = \frac{1500 \times 1000}{400\,000} = 3{,}75\text{‰}$$

Pentru al readuce la nivelul indicelui anual facem următoarea recalculare:

$$x = \frac{1\,500 \times 1\,000 \times 12}{400\,000 \times 3} = 15\text{‰}$$

Deci, nivelul anual al natalităţii în localitatea dată va fi estimat la 15‰.

Utilizarea indicatorilor intensivi în biostatistică este mai frecventă comparativ cu alţi indicatori şi, de obicei, ei sunt necesari la:

- determinarea nivelului sau frecvenţei de răspândire a unui fenomen într-o colectivitate concretă cercetată;
- compararea diferitor totalităţi (colectivităţi) după nivelul de frecvenţă al unui fenomen omogen;

- evidenţierea schimbărilor dinamice în frecvenţa răspândirii fenomenului cercetat pe baza unei totalităţi concrete.

Pentru aplicarea în practică a acestor aspecte de utilizare, indicatorii intensivi trebuie să fie calculaţi de cercetător după o metodă identică (referitor la înmulţitor), în caz contrar, indicii devin incomparabili.

2. Indicatorii extensivi (de repartiţie, de structură, de pondere) arată raportul dintr-o parte integrantă a fenomenului şi fenomenul integru (structura, proporţia, cota). Aceşti indicatori sunt reprezentaţi prin %, calculaţi după regula a trei simple şi sunt dispuşi în tabele sau în text, totalul subgrupurilor fiind egal cu 100,0%. Uneori aceşti indicatori pot fi exprimaţi în promile (‰).

Acest tip de indicatori niciodată nu face asociere între mediu şi fenomen şi nu permite să fie evaluate schimbările dinamice ale lui, făcând numai bilanţul static la un anumit moment sau pentru o perioadă anumită de timp.

De exemplu, în a. 2007 în localitatea „H" au fost înregistrate 2 500 de cazuri de îmbolnăviri, inclusiv 800 cazuri de maladii cardiovasculare, 500 – pulmonare, 600 – infecţioase şi 450 – traumatisme.

Metoda de calcul. Totalul de boli înregistrate – 2 500 = 100%. Ponderea maladiilor cardiovasculare nu este cunoscută şi se notează prin „x".

Deci, rezultă proporţia: 2 500 boli constituie 100%
800 boli din tot întregul, vor constitui x %,

$$\text{unde: } x = \frac{800 \times 100}{2500} = 32{,}0\%$$

În aceeaşi consecutivitate calculăm ponderea procentuală şi la celelalte componente ale fenomenului, care va fi egală cu:

- maladii pulmonare – 20,0%
- maladii gastrice – 24,0%
- boli infecţioase – 6,0%
- traumatisme – 18,0%

Analizând rezultatele obţinute, observăm că ponderea cea mai mare revine maladiilor cardiovasculare – locul I în structură, pe locul II se plasează bolile gastrice, apoi cele pulmonare, traumatismele şi bolile infecţioase. Analiza aceluiaşi fenomen pe baza datelor aceleiaşi localităţi numai că într-o altă perioadă de timp arată că structura lui s-a schimbat şi locurile nosologiilor, conform ponderii, sunt altele. Este un lucru firesc, deoarece pe baza acestui indicator noi am studiat structura fenomenului, fără a ţine însă cont de schimbările ce au avut loc în timp şi în mediul (populaţia) care l-a produs. Deci, comparând un fenomen omogen pe diferite perioade de timp în aceeaşi totalitate cercetată sau în totalităţi diferite pe baza indicatorilor extensivi trebuie să apreciem numai locul ocupat de fiecare parte componentă în structura fenomenului după ponderea respectivă şi nicidecum să operăm cu cota lui procentuală, deoarece în acest răstimp au suferit schimbări esenţiale atât fenomenul, cât şi mediul. La micşorarea ponderii unei părţi a totalului se va mări numaidecât cota procentuală a alteia sau altor părţi, dar în toate cazurile suma părţilor va fi egală cu 100%.

La compararea ponderilor se va ţine cont de faptul că valoarea mare a indicatorului extensiv nu ne denotă valoarea lui absolută de repartiţie (distribuţie) reală în

totalitate. În acelaşi timp, comparând numai indicatorii extensivi, nu putem stabili cauza schimbărilor produse în fenomenul dat sau a factorilor ce l-au cauzat. Pentru aceasta este necesar de a cunoaşte alţi indicatori.

3. Indicatorii de raport simplu arată raportul dintre două valori independente una faţă de alta şi care nu se produc reciproc. Mai frecvent se utilizează pentru a demonstra nivelul de asigurare a populaţiei cu resurse (medici, medici de diferite profiluri, paturi, aparataj etc.).

$$I\ rap = \frac{Nr.abs.de\ resurse}{Nr.abs.al\ popul.} \times 1\ 000$$

Dacă după tehnica de calcul acest indice este similar cu cel intensiv, apoi după esenţă el este opus.

De exemplu: În localitatea F cu o populaţie de 30 000 de locuitori au fost amplasate 300 de paturi. Care este nivelul de asigurare a populaţiei cu ele?

Răspuns: $N_{asigurare} = \frac{300 \times 1000}{30\ 000} = 10{,}0‰$

Comparând nivelul de asigurare a populaţiei cu paturi spitaliceşti, calculat prin metoda de mai sus, cu normativul respectiv în vigoare, putem trage concluzii referitoare la nivelul de asigurare a populaţiei din localitatea dată cu asistenţă medicală spitalicească. Posibilităţile de utilizare a acestui indicator sunt asemănătoare cu cele ale indicelui intensiv, numai că scopul se referă în primul rând la aprecierea utilizării mijloacelor serviciului pentru sănătate. Acest indice nu este o rată, ci un raport simplu, deoarece fenomenul (paturile) nu este o parte a populaţiei.

4. Indicatorii demonstrativi (ilustrativi) arată raportul unei serii de valori faţă de o mărime luată ca bază şi considerată egală cu 100%. Acest indice ne demonstrează de câte ori sau cu câte % s-a micşorat sau s-a mărit fenomenul cercetat şi se utilizează atunci când apare necesitatea de a analiza schimbările dinamice ale unui semn sau fenomen omogen, sau a totalităţii în studii repetate.

De exemplu, dinamica numărului de medici în ultimii 20 de ani.

1985 – 15 568 – 100 %
1990 – 13 915 – x
1995 – 13 302
2000 – 11 718
2005 – 10 833

Datele anului 1985 sunt luate drept bază de calcul şi sunt considerate egale cu 100%. Pentru anul 1990, calculăm după regula a trei simple:

$$x = \frac{13915 \times 100}{15568} = 89{,}4\%$$

Similar calculăm pentru fiecare an, luând tot anul 1985 drept bază fixă. Deci, pentru 2005 valoarea va fi:

$$x = \frac{10833 \times 100}{15568} = 69{,}6\%$$

Analizând rezultatele obţinute constatăm, că numărul medicilor în a. 1990 faţă de 1985 s-a micşorat cu 10,6% (100 - 89,4), iar în 2005 faţă de acelaşi an – cu 30,4%. Deci, se observă o tendinţă vădită de scădere a numărului absolut al medicilor din Republica Moldova pe parcursul anilor cercetaţi.

Diferenţa dintre nivelurile absolute ale perioadei curente şi celei precedente se numeşte spor absolut sau creştere absolută.

Raportul procentual al nivelului următor către nivelul precedent se numeşte ritm de creştere.

1.7.2. SERIA VARIABILĂ. VALORILE MEDII

În studiul sistemic al populaţiei, rezultatele observaţiilor trebuie ordonate în raport cu o variabilă statistică.

Variabila statistică este însuşirea comună a unităţilor unei populaţii care îşi poate schimba nivelul de dezvoltare în timp şi/sau spaţiu, sub influenţa diferitor factori. Variabila poate fi calitativă şi cantitativă.

Variabila calitativă este reprezentată printr-o literă şi nu numeric (sexul; ocupaţia; naţionalitatea etc.). Ea poate fi recunoscută cantitativ prin numărarea unităţilor de observaţie.

Variabila cantitativă este o caracteristică măsurabilă exprimată prin cifre, cu proprietăţi de ierarhizare, mărimile cifrelor exprimând şi intensitatea fenomenului.

Variabila continuă este exprimată în valori relative (natalitate, mortalitate, morbiditate).

În general în toate cercetările, dar în special în cele care privesc starea de sănătate a populaţiei, un interes deosebit prezintă cunoaşterea comparativă a fenomenelor studiate faţă de un etalon – valoare medie.

Valorile medii sunt indicatori ai însuşirii calitative esenţiale a fenomenelor colectivităţii studiate, măsura tendinţei centrale a repartiţiilor de frecvenţe ale variabilei.

Pentru o prelucrare corectă a caracteristicilor unităţilor de studiu redate în cifre este nevoie să construim o serie de variaţii (*tabelul 1*) ale variabilelor supuse analitic.

Tabelul 1

Durata medie a incapacităţii de muncă (în zile)

Numărul zilelor incapacităţii, *V*	Numărul bolnavilor, *f*	Produsul *V*f*
12	24	288
13	25	325
14	26	364
15	22	330
16	21	336
17	18	306
18	17	216

Seria variabilă constă din unităţi (variante – „*V*") ale unei şi aceleiaşi caracteristici aranjate în ordine crescândă sau descrescândă. Dacă o variantă se întâlneşte o singură dată este o serie simplă, iar dacă se repetă de mai multe ori – seria este ponderată. În acest caz fiecare variantă „V" are frecvenţa sa – „*f*".

Valoarea medie calculată are aceleaşi dimensiuni concrete cu ale variabilei a cărei repartiţie de frecvenţe o caracterizează. Astfel, dacă variabila priveşte greutatea în kg şi valoarea medie va fi redată în kg.

Valorile medii pot fi exprimate prin cifre absolute sau prin indici relativi. De exemplu, în cazul cunoaşterii TA sau înălţimii, sau greutăţii medii la diferite vârste

şi sexe, valorile medii se exprimă în cifre absolute (mmHg, cm, kg). În cazul morbidității sau mortalității generale sau specifice pe vârste sau sexe, valorile medii se exprimă prin cifre relative (la 1 000, 100 000 locuitori etc.).

Valorile medii mai frecvent utilizate în studiile stării de sănătate sunt:

1. Mediana – Me.
2. Modulul (dominanta) – Mo.
3. Media aritmetică simplă – M.
4. Media aritmetică ponderată – Mp.
5. Media armonică – Marm.
6. Media cronologică – Mcr.
7. Media geometrică – Mge.

Mediana – o valoare medie a cărei mărime corespunde variabilei ce se găseşte la mijlocul seriei de variaţii. Dacă în seria de variaţii este un număr par de variante se ia media aritmetică a celor două variante din mijloc.

Modulul – o valoare medie, care corespunde variantei cu o frecvenţă maximă în seria de variaţii.

Media aritmetică simplă – suma variabilelor împărţită la numărul de variante.

$$M = \frac{\sum V}{n}$$

Media aritmetică ponderată:

$$M = \frac{\sum V \cdot f}{n}$$

Dacă calculăm media aritmetică ponderată a exemplului propus în *tabelul 1* obţinem:

$$M = \frac{(12\times24)+(13\times25)+(14\times26)+(15\times22)+(16\times21)+(17\times18)+(18\times17)}{153} = 14,74 \text{ zile}$$

Însă, apare întrebarea: este oare reprezentativă această medie? Răspunsul ni-l dă deviaţia standard.

Deviaţia standard (σ) – permite să apreciem gradul de omogenitate a variabilelor din seria de variaţie şi, de asemenea, prin deviaţia standard se poate aprecia dacă media aritmetică este reprezentativă. Deviaţia standard arată gradul de dispersie a valorilor seriei de variaţie faţă de media aritmetică.

Pentru seriile de variaţie simple deviaţia standard se calculează după formula (dacă eşantionul constă dintr-un număr mai mic de 30 de unităţi, la numitor, în formulă va fi „*n-1*" :

$\sigma = \pm\sqrt{\frac{\sum d^2}{n}}$. Pentru seriile de variaţie ponderate: $\sigma = \pm\sqrt{\frac{\sum d^2 \times f}{n}}$, unde

d = M - V

M – media aritmetică	*V* – fiecare variabilă
n – numărul de variante	*f* – numărul de frecvenţe

Pentru a vedea care-i mărimea relativă a deviaţiei standard în statistică se calculează coeficientul de variaţie ce reflectă în % gradul de dispersie a variantelor faţă de media aritmetică: $Cv = \pm\frac{\sigma}{M}\times100$

– Dacă Cv este cuprins între 0 şi 10 %, gradul de dispersie a valorilor faţă de media aritmetică este mic, ceea ce înseamnă că omogenitatea seriei de variaţie este foarte înaltă.

– Dacă Cv = 10 – 20 %, gradul de dispersie este mediu, deci omogenitatea seriei de variaţie este medie.

– Dacă Cv este mai mare de 20%, omogenitatea seriei de variaţie este foarte slabă, deci este necesar de a mări numărul de observări.

Media armonică se utilizează în calcularea valorii medii, în cazul mai multor valori relative. Se utilizează rar, în special în stabilirea preţurilor medii. Este, de obicei, mai mare decât media aritmetică.

$$M\ arm. = \pm\frac{\sum n}{\sum \frac{1}{V} n},\ \text{unde:}$$

V – valoarea relativă
n – numărul populaţiei la care s-a calculat valoarea relativă
1/V – inversul mărimilor relative

Media cronologică – seriile cronologice.

Media geometrică – este valoarea medie, care se utilizează în cazul coeficienţilor de creştere medie a valorilor unei serii cronologice logaritmice.

1.7.3. SERIA CRONOLOGICĂ ŞI ANALIZA EI

O sarcină importantă a medicinei şi ocrotirii sănătăţii este studiul sănătăţii publice, privind caracterul, volumul şi calitatea asistenţei medicale acordate şi a activităţii instituţiilor sanitare, ţinând cont de schimbările fenomenelor şi proceselor în dinamică. Pentru analiza în dinamică a proceselor şi fenomenelor este necesar de a compara serii cronologice de diferit tip, de a cunoaşte modul de ajustare şi analiză a lor.

Serie cronologică se numeşte şirul alcătuit din valori omogene comparabile, care caracterizează schimbările unui fenomen oarecare într-o perioadă de timp.

Valorile numerice ale elementelor constitutive ale şirului analizat se numesc ***niveluri*** ale seriei cronologice. Nivelurile seriei cronologice pot fi reprezentate prin valori absolute, relative şi medii.

Tipurile seriilor cronologice. Seriile cronologice pot fi ***simple*** (alcătuite din valori absolute) şi ***compuse*** (alcătuite din valori relative sau medii). Seria cronologică simplă, la rândul ei, poate fi de 2 tipuri: ***de moment*** şi ***de interval***. Seria cronologică simplă de moment este alcătuită din valori ce caracterizează nivelul fenomenului la un moment dat. Nivelurile seriei cronologice simple de moment nu pot fi fracţionate sau divizate (*tabelul 2*).

Tabelul 2

**Numărul de paturi (la sfârşit de an)
în staţionarul raionului «C» în perioada anilor 2001–2005**

Anii	2001	2002	2003	2004	2005
Numărul de paturi	122	120	114	109	98

Seria cronologică simplă de interval este o serie de valori ce caracterizează unele totaluri pentru un interval de timp (zi, săptămână, lună, an) (*tabelul 3*).

Tabelul 3

Numărul de nou-născuţi în judeţul «N» în perioada anilor 2001–2005

Anii	2001	2002	2003	2004	2005
Numărul de nou-născuţi	690	760	640	620	600

Fenomenele seriei cronologice simple de interval, spre deosebire de cea de moment, pot fi divizate în perioade de timp mai mici sau pot fi comasate în intervale de timp mai mari. Astfel, în anul 2002 numărul nou-născuţilor a constituit 760, iar într-un trimestru al acestui an, de 4 ori mai mic – 760 : 4 = 190 de copii.

Seriile de interval pot fi alcătuite nu numai din numărul nou-născuţilor, dar şi din numărul celor decedaţi, din numărul bolnavilor etc., cu alte cuvinte, ele reprezintă datele fenomenelor, care se cumulează în timp.

Alegerea perioadei pentru seria de interval (an, lună, săptămână, zi, oră etc.) este determinată într-o oarecare măsură de gradul de variabilitate a fenomenului (mortalitate, morbiditate–natalitate etc.). Cu cât mai lent se schimbă fenomenul în timp, cu atât mai mari pot fi perioadele de analiză.

Seriile simple (atât de moment, cât şi de interval) sunt iniţiale (primare) în construirea seriilor compuse. Seriile compuse sunt alcătuite din valori medii (durata medie de tratament, numărul mediu de paturi pentru câţiva ani etc.) sau din valori relative (morbiditate, mortalitate, natalitate).

Ajustarea seriei cronologice. Seria cronologică nu întotdeauna este alcătuită din niveluri care se schimbă continuu spre diminuare sau creştere. Uneori nivelurile reprezintă o diversitate de oscilaţii, care fac imposibilă identificarea legităţilor de bază caracteristice fenomenului studiat. În astfel de cazuri, pentru a depista tendinţa dinamică sau legităţile de manifestare a fenomenului, este nevoie de ajustarea seriei cronologice.

Există câteva metode de ajustare a seriilor cronologice: ***majorarea intervalului, nivelarea seriei cu ajutorul mediei de grup şi nivelarea seriei cu ajutorul mediei glisante***. Ajustarea nivelurilor seriilor cronologice se face, însă, numai după analiza cauzelor, care se explică prin oscilarea acestor nivele.

Majorarea intervalului se face prin sumarea datelor pentru un şir de perioade megieşe (*tabelul 4*). Precum se vede din tabel, numărul de îmbolnăviri de anghină în fiecare lună oscilează, mărindu-se sau micşorându-se. Efectuând majorarea intervalelor prin sumarea nivelurilor după trimestrele anului, observăm o legitate sezonieră determinantă: cel mai mare nivel de îmbolnăviri se înregistrează în perioada de vară spre toamnă.

Tabelul 4

Oscilaţiile sezoniere ale cazurilor de anghină în oraşul «B», pe parcursul anului 2005

Luna	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Total
	Numărul de cazuri												
Pe lună	129	193	133	387	230	288	530	270	380	231	137	260	3 268
Pe trimestru			455			950			1280			628	3 268

Calcularea mediei de grup pentru fiecare perioadă majorată se face în felul următor: suma nivelurilor perioadelor învecinate se raportează la numărul de niveluri sumate *(tabelul 5)*.

Dinamica procentului de divergenţă a diagnosticelor clinice şi patomorfologice după datele spitalului «C»

Anii	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% divergenţei diagnosticelor	11,0	9,8	8,0	9,2	8.2	8,6	8,5	7,9
Media de grupă	–	10,4	–	8,6	–	8,4	–	–

Pentru nivelurile prezentate în tabel sunt caracteristice oscilaţii ondulatorii. Ajustarea seriei cu ajutorul mediei de grup ne permite să obţinem datele ce ilustrează o tendinţă clară spre scăderea treptată a procentului de divergenţă a diagnosticelor clinice şi patomorfologice în spitalul studiat.

Ajustarea seriei cronologice prin calcularea mediei glisante înlocuieşte nivelurile cu o valoare medie obţinută din nivelul dat şi două învecinate (*tabelul 6*).

Seria cronologică ajustată cu ajutorul mediei glisante prezintă o tendinţă consecutivă de scădere a procentului de divergenţă a diagnosticelor. Astfel, calcularea mediei glisante este o metodă simplă de ajustare a seriei cronologice. Cu ajutorul acestei metode are loc nivelarea şi eliminarea oscilaţiilor extremale ale seriei cronologice.

Tabelul 6

Dinamica procentului de divergenţă a diagnosticelor clinice şi patomorfologice după datele spitalului «C»

Anii	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% divergenţei diagnosticelor	11,0	9,8	8,0	9,2	8,2	8.6	8,5	7,9
Media de grupă	–	9.6	9,0	8,7	8,6	8,9	8,3	–

Iată un exemplu de calcul pentru anul 2001 (11,0 + 9,8 + 8,0) : 3 = 9,6, pentru anul 2002 (9,8 + 8,0 + 9,2) : 3 = 9 şi aşa mai departe. Rezultatele obţinute după ajustare nu pot fi considerate ca indici reali de analiză a seriei cronologice, dar se folosesc cu scop auxiliar.

Analiza seriei cronologice. Pentru o analiză mai detaliată se recomandă mai întâi reprezentarea grafică a seriei cronologice. Graficul arată în mod intuitiv succesivitatea schimbării fenomenului studiat. Seria, ajustată cu ajutorul mediei glisante, demonstrează o tendinţă clară: scăderea treptată a indicilor de frecvenţă a divergenţelor de diagnostice.

Pentru analiza seriei cronologice utilizăm următorii indici: sporul absolut, ritmul de creştere, ritmul sporului, valoarea absolută a 1% de spor (*tabelul 7*).

Tabelul 7

Incapacitatea temporară de muncă în legătură cu bolile sistemului nervos ale lucrătorilor de la uzina «C» în perioada anilor 2002–2005

Indicii	2002	2003	2004	2005	Total
Numărul de zile la 100 de lucrători	39,8	44,6	55,5	59,7	–
Sporul absolut	–	+ 4,8	+ 10,9	+ 4,2	+ 19,9
Ritmul sporului	–	+ 12,1	+ 24,4	+ 7,5	+ 50,0
Ritmul de creştere	–	112,1	124,4	107,5	150,0
Valoarea absolută a unui % de spor	–	0,39	0,44	0,56	

Metodele de calcul a indicilor.

1. ***Sporul absolut*** este diferența dintre nivelurile anului curent şi precedent.

Exemplu: pentru anul 2003 el va fi: 44,6 – 39,8 = + 4,8.

2. ***Ritmul sporului*** este raportul procentual al sporului absolut către nivelul precedent. Exemplu: pentru anul 2003 el va fi: (4,8 : 39,8) x 100 = +12,1%.

Ritmul sporului denotă cu câte procente a crescut frecvența fenomenului studiat într-o perioadă de timp.

Dacă nivelul fenomenului scade, ritmul sporului va fi cu semn negativ (–) şi va caracteriza scăderea relativă a fenomenului.

3. ***Ritmul de creştere*** este raportul procentual al nivelului următor către nivelul precedent. Exemplu: pentru anul 2003 el va fi: (44,6 : 39,8) x 100 = 112,1%.

4. ***Valoarea absolută a unui procent de spor*** este raportul dintre sporul absolut şi ritmul sporului. Exemplu: pentru anul 2003 ea va fi: 4,8 : 12,1 = 0,39.

Analiza statistică a seriilor cronologice trebuie efectuată reieşind din analiza calitativă preliminară a fenomenului studiat.

1.8. TESTAREA CERTITUDINII VALORILOR RELATIVE ŞI MEDII

1.8.1. EROAREA STANDARD

În cadrul cercetărilor este foarte greu să culegi o informație primară despre toate unitățile de lucru. De obicei, când calculăm valorile relative sau medii, le calculăm dintr-o parte a colectivității. Valorile calculate din colectivități parțiale se numesc valori empirice, care au o eroare, numită standard.

1.8.2. EROAREA STANDARD A VALORILOR RELATIVE

Când se testează certitudinea valorilor relative empirice se stabileşte cu cât a greşit cercetătorul calculând indicatorii relativi într-o cercetare parțială față de rezultatele pe care el le-ar fi obținut într-o cercetare integrală.

$$e\,P = \pm\sqrt{\frac{p \times q}{n}}, \text{ unde:}$$

p – indicatorul relativ
q – diferența dintre înmulțitor şi indicatorul relativ
n – numărul unităților de studiu cercetate

De exemplu: Într-o cercetare parțială, care avea drept scop de a determina nivelul incidenței prin HTA din localitatea X, s-au examinat 800 de persoane. La 112 din ele tensiunea arterială depăşea limitele normei. Inițial calculăm indicele intensiv, adică incidența prin HTA:

$$P = \frac{112}{800} \times 1\,000 = 140,00‰$$

$$eP = \pm\sqrt{\frac{140 \times 860}{800}} = \pm\sqrt{150,5} = \pm 12,27$$

Dacă înmulţim eroarea cu 10 şi ea depăşeşte indicatorul, atunci această eroare nu este certă şi deci indicatorul este calculat dintr-o colectivitate nesemnificativă: (12,27 × 10 = 122,7) – este mai mic ca 140, indicele este cert.

Această formulă se foloseşte când indicatorul nu depăşeşte înmulţitorul. Dacă indicatorul depăşeşte înmulţitorul, atunci p – 1000 = cu o valoare negativă şi nu putem efectua calcule, deoarece ar contraveni legilor matematice. Atunci utilizăm o altă formulă:

$$eP = \pm\sqrt{\frac{X}{n}}, \text{ unde:}$$

X – numărul mediu de cazuri pentru o unitate de studiu.

De exemplu: Unei cercetări ce avea drept scop studierea sănătăţii muncitorilor au fost supuşi 800 de angajaţi ai întreprinderii Y. Pe parcursul unui an la ei au fost înregistrate 940 de cazuri de incapacitate temporară de muncă. De asemenea, iniţial se calculează indicele intensiv:

$$P = \frac{940}{800} \times 1000 = 1175{,}00‰$$

1 175 ....1 000 angajaţi
1,175 .... 1 angajat

$$ep = \pm\sqrt{\frac{1{,}175}{800}} = 0{,}04$$

0,04 .... 1 angajat
4,0 .... 100 angajaţi

Indicele incapacităţii temporare de muncă = 1 175 ± 4,0‰. Similar, dacă înmulţim eroarea cu 10, aflăm certitudinea indicatorului relativ. Metodele de testare a certitudinii valorilor relative şi medii sunt utile atât pentru o analiză corectă a rezultatelor *cercetărilor ştiinţifice, cât şi pentru* o evaluare a oricărui fenomen din activitatea curentă a organizatorilor ocrotirii sănătăţii.

1.8.3. EROAREA STANDARD A MEDIEI ARITMETICE

Eroarea medie a mediei aritmetice arată care este gradul de eroare a rezultatelor obţinute într-o cercetare parţială faţă de rezultatele pe care cercetătorul le-ar fi obţinut într-o cercetare integrală. Acest grad de eroare poate fi calculat cu ajutorul erorii medii care pentru media aritmetică are următoarea formulă:

$$e_m = \pm\frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Nu se permite publicarea rezultatului fără a prezenta eroarea lui.

De exemplu: Să calculăm eroarea medie a unui eşantion privind lungimea la 262 de nou-născuţi care au: n = 262; M = 50,33 cm; σ = ± 1,37 cm.

$$eM = \pm\frac{1{,}37}{\sqrt{262}} = \pm 0{,}08$$

Indicele erorii medii ne arată că media absolută a înălţimii n/n observaţi ar fi cuprinsă între media practică şi plus sau minus eroarea ei medie:

M= 50,33 ± 0,08, adică între 50,25 şi 50,47 cm.

Pentru o mai mare exactitate se calculează eroarea medie dublă sau triplă.

$$2eM = \pm 0{,}08 \times 2 = \pm 0{,}16.$$

În acest caz probabilitatea că media absolută se află între 50,17 şi 50,49 este de 95,45%.

$$3eM = \pm 0{,}08 \times 3 = \pm 0{,}24.$$

Probabilitatea că media absolută se află între 50,09 şi 50,57 este de 99,73%.

Ca şi în cazul deviaţiei standard (σ) şi eroarea medie se calculează în cifre absolute: cm, grame, litri, indici etc. Pentru a putea compara eroarea medie la colectivităţi se calculează valoarea procentuală a erorii medii, care permite să aflăm certitudinea ei.

$$e_m\% = \pm \frac{e_m}{M} \times 100$$

- O proporţie sub 1% a e_m% indică faptul că media aritmetică poate fi luată în considerare cu o certitudine foarte înaltă. Cu cât proporţia va fi mai mică ca 1%, cu atât certitudinea va fi mai mare.
- O proporţie mai mare de 3% indică faptul că media aritmetică nu poate fi luată în considerare sau numărul de observări nu-i suficient de mare.

1.8.4. INTERVALUL DE ÎNCREDERE

Dacă o repartiţie de selecţie este mai mare de 30 de unităţi, 68,27% din cazuri se vor găsi în intervalul dintre medie ± 1σ; 95,45% – între medie ± 2σ şi 99,73% – între medie ± 3σ.

În acelaşi fel şi media poate fluctua între aceste intervale, în cazul acesta calculându-se eroarea medie a mediei „*eM*", deci media se poate găsi în intervalul „*M* ± *eM*" sau „*M* ± *2eM*", sau „*M* ± *3eM*" cu probabilitatea respectivă de 68,27%, 95,45% şi 99,73%. Intervalele de fluctuaţie a valorilor relative vor fi: „*P* ± *eP*" sau „*P* ±*2 eP*", sau „*P* ± *3eP*" pentru aceleaşi probabilităţi.

Intervalele „*M* ± *eM*" şi „*P* ± *eP*" se numesc **interval de încredere** (sau regiuni de acceptare) a mediei sau indicatorului relativ, iar limitele lor se numesc limite de încredere. Peste limita de încredere vorbim de intervalul de respingere.

Unei probabilităţi de 95% sau 99% (sau 0,95 respectiv 0,99) denumită nivel de încredere, îi corespunde un coeficient de încredere sau *valoare critică*, notată „*z*". Aceste corespondente sunt redate în *tabelul 8*.

Tabelul 8

Dependenţa valorii critice „z" de nivelul de încredere a prognosticului cert

Nivelul de încredere	99,73%	99%	95,45%	95%	90%
Valoarea critică (z)	3,00	2,58	2,00	1,96	1,65

Deci, dacă media de selecţie este „*M*", atunci, cu un nivel de încredere de 95% sau 99%, ea se găseşte în intervalul de încredere „*M* ± *1,96 eM*", respectiv „*M* ± *2,58eM*".

1.8.5. DIFERENȚA SEMNIFICATIVĂ DINTRE DOUĂ VALORI MEDII SAU RELATIVE

Testarea diferenței semnificative dintre două sau mai multe valori (medii sau relative) este o parte componentă a ultimei etape de cercetare – sinteza și analiza rezultatelor obținute.

Pentru testarea diferenței semnificative între valorile relative sau mediile obținute în loturile experimentale și martor se utilizează testul t-Student.

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{ep_1^2 + ep_2^2}} \quad \text{sau} \quad t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{em_1^2 + em_2^2}}, \text{ unde:}$$

P_1 și P_2 – indicatorii relativi din lotul experimental și lotul martor;
ep_1 și ep_2 – erorile medii ale indicatorilor supuși comparației; și, respectiv:
M_1 și M_2 – mediile aritmetice din lotul experimental și lotul martor;
em_1 și em_2 – erorile medii ale mediilor aritmetice supuse comparației.

- Dacă nr. de observații depășește 120 și valoarea testului „$t \geq 1,96$”, atunci între valorile comparate există o diferență semnificativă, care se apreciază cu o probabilitate de 95% ($p < 0,05$).
- Dacă „$t \geq 3$”, atunci între valorile comparate, de asemenea, există o diferență semnificativă care se apreciază cu o probabilitate de 99% ($p < 0,01$).
- Dacă „$t < 1,96$” – între valorile comparate nu există diferență semnificativă, deci această diferență poate fi considerată întâmplătoare.

Pentru un număr mai mic de observații, pentru a testa diferența semnificativă după valoarea testului „t” este nevoie să calculăm gradul de libertate după formula: $\gamma = n_1 + n_2 - 2$, unde: n_1 și n_2 – numerele de observații în loturile care se compară.

Utilizând tabelul valorilor lui „t” (*tabelul 9*) în funcție de numărul gradelor de libertate și valoarea reală a testului „t”, obținem gradul de probabilitate a diferenței dintre două sau mai multe valori.

Deci, dacă $n_1 + n_2 \leq 120$, atunci, în funcție de gradul de libertate „γ”, se compară valorile lui $t_{calculat}$ și $t_{tabelar}$:

$t_{calculat} \geq t_{tabelar}$ – diferență statistică semnificativă;
$t_{calculat} < t_{tabelar}$ – diferență statistică nesemnificativă.

Metodele de testare a certitudinii valorilor relative și medii sunt utile atât pentru o analiză corectă a rezultatelor cercetării, cât și pentru o evaluare a oricărui fenomen din activitatea curentă a organizatorilor ocrotirii sănătății.

1.8.6. COMPARAREA VALORILOR ABSOLUTE SAU A DISTRIBUȚIILOR DE FRECVENȚĂ – TESTUL χ^2

Când avem de comparat între ele valori absolute sau distribuții de frecvențe, folosim **testul χ^2 (chi pătrat) al lui Pearson.** Testul χ^2 se obține însumând rapoartele dintre pătratul diferențelor stabilite între frecvențele colectivității generale (frecvențele teoretice) și frecvențele observate și frecvențele colectivității generale.

Formula de calcul este:

$$\chi^2 = \sum \frac{(FT - FO)^2}{FT}, \text{ unde:}$$

χ^2 = testul de comparație sau de concordanță chi pătrat;
FT = frecvențele universului sau frecvențele teoretice obținute prin calcul;
FO = frecvențele observate sau frecvențele eșantionului nostru.

Tabelul 9

Valorile lui „t" în funcţie de nivelul de probabilitate şi numărul gradelor de libertate

γ \ p	Valorile lui „t" în funcţie de nivelul de probabilitate şi numărul gradelor de libertate			
	0,05 (95%)	**0,02 (98%)**	**0,01 (99%)**	**0,001 (99,9%)**
1	12.706	31.821	63.657	636.619
2	4.303	6,96,	9.925	31.598
3	3.182	4,541	5.841	12.941
4	2,776	3,747	4,614	8.610
5	2.571	3,365	4,032	6.859
6	2.447	3,143	3,707	5,959
7	2.365	2.998	3.499	5.405
8	2.306	2.896	3.355	5.041
9	2.262	2.821	3.250	4.781
10	2,228	2,764	3.169	4.587
11	2.201	2,718	3.106	4,437
12	2.179	2,681	3.005	4,318
13	2,160	2,650	3,012	4.221
14	2.145	2,624	2,977	4,140
15	2.131	2.602	2.947	4,073
16	2.120	2,583	2.921	4,015
17	2.110	2,567	2,898	3,995
18	2.101	2.550	2.878	3,992
19	2.093	2,539	2.861	3.883
20	2.086	2.528	2.845	3.850
21	2,080	2.518	2,831	3,819
22	2,074	2,508	2.819	3,792
23	2.069	2.500	2.807	3,767
24	2.064	2,492	2,797	3.745
25	2.060	2.485	2.787	3.725
26	2.056	2.479	2.779	3,707
27	2.052	2.473	2,771	3.690
28	2.048	2.467	2,763	3.674
29	2.042	2.457	2.756	3.646
30	2,042	2.457	2.756	3.646
40	2,021	2,423	2,704	3,551
60	2,000	2,390	2,660	3,460
120	1,980	2,358	2,617	2,373
∞	1,960	2.326	2.576	3,291

În situaţia în care avem o distribuţie a colectivităţii **generale,** pe care o comparăm cu **distribuţia unui eşantion,** introducem datele respective în formulă şi calculăm valoarea lui χ^2, în situaţia în care nu avem datele colectivităţii generale, distribuţia frecvenţelor teoretice o obţinem prin calcul – de aici denumirea de frecvenţe teoretice – aşa cum vom vedea ulterior.

Valoarea lui χ^2, obţinută pe baza formulei de mai sus, se numeşte valoarea lui „χ^2 calculat". Pentru a putea stabili dacă între distribuţia colectivităţii generale şi cea a eşantionului observat de noi este sau nu o diferenţă semnificativă din punct de vedere statistic, avem nevoie – ca şi în cazul comparaţiei cu ajutorul testului t – de valoarea lui χ^2 tabelar. Această valoare o luăm din **tabelul testului** χ^2 (*tabelul 10*), care este asemănător cu tabelul testului t. Valoarea lui χ^2 tabelar se citeşte în tabelul testului χ^2, ţinând seama de gradul de libertate şi de pragul de semnificaţie cu care vrem să garantăm semnificaţia sau lipsa de semnificaţie dintre cele două distribuţii de frecvenţe. Prin gradul de libertate în tabelul testului χ^2 înţelegem produsul dintre numărul rândurilor tabelului (în care am introdus distribuţiile de frecvenţă) minus 1 şi numărul coloanelor acestui tabel minus 1.

GL = (Nr.R–1) – (Nr.C–1)

Tabelul 10

Pragul de semnificaţie a diferitor valori pentru 1 – 100 grade de libertate

Grad de libertate	Pragul de semnificaţie		
	(0,05) = 5%	(0,01) = 1%	(0,001) = 0,1%
1	3.8	6.6	10.8
2	5.9	9,2	13.8
3	7.8	11.3	16.3
4	9.4	13,3	18.5
5	11.1	15,1	20.5
6	12.6	18,5	22.5
7	14.1	18.5	24.3
8	15.5	20.1	26.1
9	16.9	21.7	27.9
10	18,3	23.2	29.6
11	19.7	24.7	31.3
12	21.0	26.2	32.9
13	22.4	27.7	34.5
14	23.7	29.1	36.1
15	25.0	30.6	37.7
16	26.3	32.0	39.3
17	27.6	33.4	40.8
18	28.9	34.8	42.3
19	30,1	36.2	43.8
20	31.4	37.6	45.3
21	23.7	38.9	46.8
22	33.9	40.3	48.3
23	35.2	41,6	49.7
24	36.4	43.6	51.2
25	37.7	44.3	52.6

26	38.9	45.6	54.1
27	40.1	47.0	55.5
28	41.3	48.3	56.9
29	42.6	49.6	58.3
30	43.8	50,9	59.7
40	55.8	63,7	73,4
50	67.5	76.2	86.7
60	79.1	88.4	99.6
70	90.5	100.4	112.3
80	101.9	112.3	124.8
90	113.1	124.1	137.2
100	124.3	135.8	149,4

Exemplul 1. Examinând întreaga populație adultă a unei colectivități de 1 337 locuitori sub aspectul valorilor tensiunii arteriale sistolice şi a unui eşantion de 120 de muncitori, am obținut următoarele distribuții de frecvențe pe grupe de valori ale tensiunii arteriale sistolice (*tabelul 11*).

Tabelul 11

Distribuțiile de frecvențe pe grupe de valori ale tensiunii arteriale sistolice

x_i = variabila TA sistolică	f_0 = frecvențe observate	f_t = frecvențe teoretice
127.5	6	180
132.5	17	210
137.5	31	290
142.5	42	320
147.5	17	230
152.5	5	65
157.5	2	42
	∑=120	**∑=1 337**

Lăsând la o parte prima coloană a valorilor variabilei tensiunii arteriale sistolice şi primul rând cu denumirea coloanelor, tabelul nostru conține 7 rânduri şi două coloane, deci valoarea lui χ^2 tabelar o vom citi din tabelul χ^2 la gradul de libertate: GL = (nr. de rânduri – 1) x (nr. de coloane – 1)=(7–1) × (2–1)=6. Valoarea tabelară a lui χ^2 pentru GL = 6 şi un risc α = 5% este de 12,6, pentru un risc α = 1% este de 18,5 şi pentru un risc α = 1‰ este de 22,5× 91% χ^2 calculat se obține:

$$\chi^2 = \frac{(180-6)^2}{180} + \frac{(210-17)^2}{210} + \frac{(290-31)^2}{290} + \frac{(320-42)^2}{320} + \frac{(230-17)^2}{230} +$$

$$\frac{(65-5)^2}{65} + \frac{(42-2)^2}{42} + \frac{30276}{180} + \frac{37249}{210} + \frac{67081}{290} + \frac{77284}{320} + \frac{45369}{230} + \frac{3600}{65} +$$

$$\frac{1600}{42} = 168{,}2 + 177{,}3 + 231{,}3 + 241{,}5 + 197{,}2 + 55{,}3 + 38 = 1108{,}8$$

Deci, valoarea lui χ^2 calculat (1 108,8) este mult mai mare decât valorile găsite în tabelul χ^2 pentru oricare din cele trei riscuri asumate (5%, 1%, 0,1%): deci, diferența dintre cele două distribuții de frecvențe teoretice şi observate este semnifica-

tivă din punct de vedere statistic, denotând că în cadrul eşantionului există condiţii diferite (factori de mediu, alimentari, de muncă etc.), care au determinat această diferenţă, faţă de cele din colectivitatea generală. Dacă valoarea lui χ^2 calculat ar fi fost mai mică decât valoarea lui χ^2 tabelar, atunci diferenţa dintre cele două distribuţii de frecvenţe ar fi fost nesemnificativă din punct de vedere statistic, eşantionul provenind din aceeaşi colectivitate generală, reflectând condiţiile acesteia.

Exemplul 2. Dacă am stabilit că în teritoriul deservit de spitalul R populaţia adultă (39 620 de locuitori) se distribuie în raport cu dinţii extraşi după modelul prezentat în *tabelul 12* alăturat (coloana FT), iar examinarea unui eşantion de 5 500 persoane adulte evidenţiază distribuţia din coloana FO, atunci tabelul nostru, lăsând la o parte prima coloană, coloana variantelor şi primul rând, cu denumirea coloanelor, are 6 rânduri şi 2 coloane, deci valoarea lui χ^2 tabelar o vom citi din tabelul testului χ^2 la gradul de libertate 5. GL = (6–1) × (2–1) = 5

Tabelul 12

Distribuţia persoanelor din teritoriul deservit de spitalul R în raport cu dinţii extraşi

Nr. de dinţi absenţi	Nr. pers. cot. gen.	Nr. pers. eşantion
X	**FT**	**FO**
1	2 850	860
2	5 250	920
3	10 320	1 130
4	15 810	1 620
5	3 860	650
6	1 530	320

La acest grad de libertate, valoarea lui χ^2 tabelar va fi de: 11,1 pentru pragul de semnificaţie 0,05 (5%); 15,1 – pentru pragul de semnificaţie 0,01 (1%) şi 20,5 – pentru pragul de semnificaţie 0,001 (0,1%).

Valoarea lui χ^2 calculat o obţinem prin calcul. Introducând datele în formula lui χ^2 calculat, avem:

χ^2 = (2 850-860)^2:2 850+(5 250-920)^2:5 250 + (10 320-1 130)^2:10 320 + (15 810-1 620)^2:15 810 + (3 860-650)^2:3 860 + (1 530-320)^2:1 530 = 1 990^2:2 850 + 4 330^2:5 250+ 9 190^2:10 320 + 14 190^2:15 810 + 3 210^2:3 860 + 1 210^2:1 530 = 3 960 100:2 850 + 18 748 900:5 250 + 84 456 100:10 320 + 201 356 100:15 810 + 10 304 100:3 860 + 1 464 100:1 530 = 1 389 + 3 571 + 8 183 + 12 735 + 2 669 + 956 = **29503.** Deci χ^2 calculat are o valoare de 29 503.

Interpretarea diferenţei dintre cele două distribuţii de frecvenţe (a colectivităţii generale şi a eşantionului nostru) se face comparând cele două valori ale lui χ^2 (obţinute prin calcul şi din tabele). Dacă valoarea lui χ^2 calculat este mai mare decât a lui χ^2 tabelar, atunci între cele două distribuţii de frecvenţe este o diferenţă semnificativă din punct de vedere statistic. Dacă, din contră, valoarea lui χ^2 calculat este mai mică decât valoarea lui χ^2 tabelar, diferenţa dintre distribuţii este nesemnificativă, în exemplul nostru χ^2 calculat, având valoarea de 38 116, adică mai mare decât a lui χ^2 tabelar, testează o diferenţă semnificativă din punct de vedere statistic dintre cele două distribuţii de frecvenţe.

În situaţia în care nu cunoaştem distribuţia colectivităţii generale, stabilim prin calcul valorile frecvenţelor teoretice.

Exemplul 3. Într-o secţie oncologică au fost internaţi cu diagnostic de cancer pulmonar un număr de 78 de bolnavi. Dintre aceştia 69 erau bărbaţi şi 9 femei. Din cei 69 de bărbaţi bolnavi de cancer pulmonar 39 erau fumători iar 30 nefumători. Dintre cele 9 femei cu cancer pulmonar 6 erau fumătoare şi 3 nefumătoare. Pentru a stabili dacă între bolnavii fumători şi nefumători cu cancer bronhopulmonar există diferenţe semnificative din punct de vedere statistic sau nu, vom introduce datele în tabelul 12 a.

Tabelul 12 a

Repartizarea bolnavilor de cancer după sex între fumători şi nefumători

Cancer pulmonar	Fumători		Nefumători		Total
	FO	FT	FO	FT	
Bărbaţi	39=a	39,8=A	30=c	29,2=C	69=a+c
Femei	6= b	5,2=B	3=d	3,8=D	9=b+d
Total	45=a+b	45=A+B	33=c+d	33=C+D	78=a+b+c+d=n

Admiţând de la început că între fumători şi nefumători nu există diferenţe statistice, deci admiţând ipoteza nulă (H_0), în baza regulii a trei simple, pornind de la valorile frecvenţelor observate, se pot stabili valorile frecvenţelor teoretice astfel:

dacă la 78 bolnavi – avem 45 fumători
la 69 bolnavi – avem × fumători

$$x = \frac{60 \times 45}{78} = 39{,}8 \text{ (A)}$$

Similar vom obţine prin calcul şi celelalte valori (B, C, D), pe care le vom introduce în tabelul corespunzător frecvenţelor teoretice. Dispunând în acest fel atât de valorile frecvenţelor observate, cât şi de frecvenţele teoretice, putem obţine prin formula menţionată anterior:

$$\chi_c^2 = \Sigma \frac{(F.O - F.T)^2}{F.T}$$ valoarea lui χ^2 calculat astfel:

$$\chi_c^2 = \Sigma \frac{(39-39{,}8)^2}{39{,}8} + \frac{(30-29{,}2)^2}{29{,}2} + \frac{(6-5{,}2)^2}{5{,}2} + \frac{(3-3{,}8)^2}{3{,}8} =$$

$$\frac{0{,}64}{39{,}8} + \frac{0{,}64}{29{,}2} + \frac{0{,}64}{3{,}8} = 0{,}016 + 0{,}0219 + 0{,}123 + 0{,}168 + 0{,}3289 = 0{,}33$$

deci χ^2 calculat = 0,33.

Pentru a vedea dacă diferenţa dintre bărbaţii şi femeile fumătoare sau dacă între bărbaţii şi femeile nefumătoare este sau nu o diferenţă semnificativă din punct de vedere statistic, comparăm valorile χ_c^2=0,33 cu valoarea χ_t^2 din tabele care pentru un risc α=5% este de 3,8, pentru α=1% este 6,6, iar pentru α=0,1% este 10,8. În exemplul nostru χ^2 calculat este mai mic decât χ^2 tabelar pentru oricare din riscurile α de mai sus asumate, deci diferenţa este nesemnificativă statistic. Dacă χ^2 calculat

ar fi fost mai mare decât χ^2 tabelar, atunci diferenţa ar fi fost semnificativă statistic, ceea ce ar fi demonstrat că sexul joacă un rol important în cancerul bronhopulmonar.

Exemplul 4. Examinând din punct de vedere stomatologic un eşantion de 810 elevi (470 băieţi şi 340 fete) dintr-o colectivitate şcolară, am constatat următoarele:

=> dintre cei 470 de băieţi examinaţi 250 prezentau carii dentare, iar 220 erau fără carii;

=> dintre fete – 180 prezentau carii dentare, iar 160 erau fără carii.

Vrem să ştim dacă între băieţii cu carii şi fetele cu carii există o diferenţă semnificativă din punct de vedere statistic sau nu. Cu alte cuvinte, vrem să vedem dacă această afecţiune – caria dentară, are o predispoziţie legată de sex sau din contra sexul nu are nici o influenţă în determinarea ei.

Pentru a putea calcula valoarea lui χ^2 avem nevoie de frecvenţele teoretice. Cum le obţinem? Introducem datele cunoscute, deci frecvenţele observate, într-un tabel cvadruplu (*tabelul 13*).

Tabelul 13

Repartizarea elevilor după sex în dependenţă de prezenţa sau absenţa cariei dentare

Lotul de elevi	Elevi cu carie		Elevi fără carie		TOTAL ELEVI
	FO	FT	FO	FT	
Băieţi	250	249,50	220	220,50	470
Fete	180	480,50	160	159,50	340
TOTAL	430	430	380	380	810

Frecvenţele teoretice le obţinem prin calcul. Considerăm că între incidenţa cariei dentare la băieţi şi la fete nu există nici un fel de deosebire. Acceptăm, deci, de la început, principiul ipotezei nule şi universul nostru este reprezentat de numărul total al frecvenţelor. Cu ajutorul regulii a trei simple obţinem frecvenţele teoretice, făcând raţionamentul: dacă la cei 810 elevi examinaţi corespund 430 de elevi cu carii, dintre cei 470 de băieţi examinaţi câţi vor avea carii?

$$X = 470 \times 430 : 810 = 249{,}50$$

Deci, frecvenţele teoretice pentru băieţii cu carii – 249,50, le introducem în căsuţa corespunzătoare a tabelului.

Dacă dintre 810 elevi au fost găsiţi 380 de elevi fără carii, dintre cei 470 de băieţi câţi vor fi fără carie?

$$X = 470 \times 380 : 810 = 220{,}50$$

Acelaşi raţionament îl facem şi pentru obţinerea frecvenţelor teoretice ale fetelor cu şi fără carie:

$$X = 340 \times 430 : 810 = 180{,}50$$

Deci, frecvenţele teoretice ale fetelor cu carie – 180,50, le introducem în căsuţa corespunzătoare a tabelului:

$$X = 340 \times 380 : 810 = 159{,}50$$

De asemenea şi frecvenţele teoretice ale fetelor fără carie le introducem în căsuţa corespunzătoare a tabelului nostru.

Având acum frecvenţele teoretice şi pe cele observate, le introducem în formula lui χ^2 şi obţinem valoarea lui χ^2 calculat:

χ^2 = (249,50-250):249,50 + (220,50-220):220,50 + (180,50-180):180,50 + (159,50-160) : 159,50 = (-0,50) : 249,50 + 0,50:220,50 + 0,50:180,50 + (-0,50) : 159,50 = 0,25:249,50 + 0,25:220,50 + 0,25 : 180,50 + 0,25 : 159,50 = 0,0010 + 0,0011 + 0,0015 = 0,0049, deci χ^2 calculat = 0, 0049.

Având în vedere că datele noastre le-am înscris într-un tabel cu două rânduri şi cu două coloane, χ^2 tabelar îl vom citi din tabelul testului χ^2 la gradul de libertate 1 şi el va avea valoarea: 3,84 pentru pragul de semnificaţie de 0,05 (5%), 6,63 pentru pragul de semnificaţie de 0,01 (1%) şi 10,80 pentru pragul de semnificaţie de 0,001 (0,1%). χ^2 calculat având o valoare mult mai mică (0,0049) decât valoarea lui χ^2 tabelar (3,84; 5,64; 10,80) testează lipsa de semnificaţie a diferenţei dintre frecvenţa cariei dentare la băieţi şi la fete.

Prin urmare, caria dentară este la fel de frecventă atât la băieţi cât şi la fete, deci nu are o predispoziţie de sex.

Calea de obţinere a lui χ^2 calculat

Situaţia în care frecvenţele teoretice trebuie să le obţinem prin calcul este anevoioasă, presupunând calcule laborioase. În această situaţie putem folosi o altă formulă, mai simplă, în activitatea practică şi anume:

$$\chi^2 = \frac{(ad-bc)^2}{n_1 n_2 n_3 n_4} \times N(-1)$$

Această formulă rezultă din desfacerea binomului lui Newton $(a+b)^n$.

Exemplul 5. Din exemplul 3 putem repartiza datele în *tabelul 14*.

Tabelul 14

Repartizarea bolnavilor de cancer pulmonar după sex între fumători şi nefumători

Cancer pulmonar	Fumători	Nefumători	Total
Bărbaţi	39=a	30= b	69=a+b=n_1
Femei	6=c	3=d	9=c+d=n_2
Total	45=a+c=n_3	33=b+d=n_4	78-a+b+c+d=N

Legendă:
a = bărbaţi fumători
b = bărbaţi nefumători
c = femei fumătoare
d = femei nefumătoare
a+b+c+d = N numărul total de cazuri

Aplicând formula simplificată obţinem:

$$\chi_c^2 = \frac{(a\times d - b\times c)^2 \times N(-1)}{n_1 \times n_2 \times n_3 \times n_4} = \frac{(39\times 3 - 30\times 6)^2 \times (78-1)}{69\times 9\times 45\times 33} =$$

$$= \frac{(117-180)^2 \times 77}{922185} = \frac{2045813}{922185} = 2,21$$

χ^2 pentru un risc α=5% şi pentru GL=(numărul de rânduri-1) x (număr de coloane - 1)=(2-1) × (2-1)=1 are valoarea de 3,8. Valoarea calculată este mai mică

decât valoarea tabelară, deci diferenţa este nesemnificativă, ceea ce testează aceeaşi lipsă de semnificaţie între bărbaţii şi femeile fumătoare sau bărbaţii şi femeile nefumătoare.

Exemplul 6. Încercând să vedem dacă există diferenţe semnificative între rezultatele tratamentului cu streptomicină şi penicilină la două loturi de copii sub un an suferinzi de bronhopneumonie acută, am urmărit un număr de 20 copii pentru fiecare lot. Rezultatele obţinute au fost introduse în *tabelul 15*.

Tabelul 15

Repartizarea bolnavilor cu bronhopneumonie în dependenţă de metoda tratamentului şi rezultatul lui

Bolnavi cu bronhopneumonie	Vindecaţi	Complicaţii	Total
Tratament cu penicilină	a=14	b=6	$a+b=n_1=20$
Tratament cu streptomicină	c=16	d=4	$c+d=n_2=20$
Total	$a+c-n_3=30$	$b+d=n_4=10$	a+b+c+d=N=40

$$\chi_c^2 = \frac{(14\times4-6\times16)^2\times39}{20\times20\times30\times10} = 0{,}52,\ \chi_t^2=3{,}8 \text{ pentru } \alpha = 5\%$$

Rezultă că valoarea $\chi_c^2 < \chi_t^2$, ceea ce înseamnă că rezultatele dintre cele două tratamente (penicilină şi streptomicină) folosite în tratamentul bronhopneumoniei nu diferă semnificativ la cele două loturi de copii bolnavi.

1.8.7. STANDARDIZAREA PRIN METODA DIRECTĂ

Interpretarea comparativă a indicilor statistici nu este întotdeauna posibilă, chiar dacă dispunem de informaţii suplimentare despre caracterul fenomenului studiat. Valoarea autentică a fenomenului trebuie căutată în esenţa calitativă a lui.

Pentru a face o comparaţie a indicilor letalităţii în două spitale şi a trage o concluzie privind cauzele divergenţei acestor indici se cere mai întâi să analizăm omogenitatea nosologică a grupelor de bolnavi din aceste spitale.

Indiscutabil, indicele letalităţii va fi mai mare în spitalul, în care au fost internaţi bolnavii mai gravi. Prezenţa diverselor categorii de bolnavi după starea sănătăţii, vârstă, sex şi alte caractere, face imposibilă concluzia corectă privind cauzele divergenţei indicilor letalităţii în aceste spitale.

În multe investigaţii medico-sociale, precum şi clinice este prea mică posibilitatea de a opera cu grupe omogene producătoare de fenomene, care necesită comparaţie. Mai frecvent aceasta se referă la indicii morbidităţii, natalităţii, mortalităţii generale pe oraşe, judeţe şi alte localităţi, care sunt diferite după componenţa de vârstă, sex etc.

Exemplu: Este necesar de a compara indicii mortalităţii generale dintre două localităţi „A" şi „B". Calculul simplu arată că mortalitatea în localitatea „A" este de 10%, iar în B – de 8,5%. Dar pentru a trage concluzii privind factorii, care au provocat diferitele niveluri ale mortalităţii se cere o analiză a totalităţilor, din care s-au obţinut aceşti indici. Un factor influent asupra mortalităţii este componenţa de vârstă a totalităţilor investigate. Cu cât sunt mai multe persoane vârstnice, cu atât

decât valoarea tabelară, deci diferența este nesemnificativă, ceea ce testează aceeaşi lipsă de semnificație între bărbații şi femeile fumătoare sau bărbații şi femeile nefumătoare.

Exemplul 6. Încercând să vedem dacă există diferențe semnificative între rezultatele tratamentului cu streptomicină şi penicilină la două loturi de copii sub un an suferinzi de bronhopneumonie acută, am urmărit un număr de 20 copii pentru fiecare lot. Rezultatele obținute au fost introduse în *tabelul 15*.

Tabelul 15

Repartizarea bolnavilor cu bronhopneumonie în dependență de metoda tratamentului şi rezultatul lui

Bolnavi cu bronhopneumonie	Vindecați	Complicații	Total
Tratament cu penicilină	a=14	b=6	a+b=n_1=20
Tratament cu streptomicină	c=16	d=4	c+d=n_2=20
Total	a+c-n_3=30	b+d=n_4=10	a+b+c+d=N=40

$$\chi_c^2 = \frac{(14\times4-6\times16)^2\times39}{20\times20\times30\times10} = 0,52,\ \chi_t^2=3,8 \text{ pentru } \alpha = 5\%$$

Rezultă că valoarea $\chi_c^2 < \chi_t^2$, ceea ce înseamnă că rezultatele dintre cele două tratamente (penicilină şi streptomicină) folosite în tratamentul bronhopneumoniei nu diferă semnificativ la cele două loturi de copii bolnavi.

1.8.7. STANDARDIZAREA PRIN METODA DIRECTĂ

Interpretarea comparativă a indicilor statistici nu este întotdeauna posibilă, chiar dacă dispunem de informații suplimentare despre caracterul fenomenului studiat. Valoarea autentică a fenomenului trebuie căutată în esența calitativă a lui.

Pentru a face o comparație a indicilor letalității în două spitale şi a trage o concluzie privind cauzele divergenței acestor indici se cere mai întâi să analizăm omogenitatea nosologică a grupelor de bolnavi din aceste spitale.

Indiscutabil, indicele letalității va fi mai mare în spitalul, în care au fost internați bolnavii mai gravi. Prezența diverselor categorii de bolnavi după starea sănătății, vârstă, sex şi alte caractere, face imposibilă concluzia corectă privind cauzele divergenței indicilor letalității în aceste spitale.

În multe investigații medico-sociale, precum şi clinice este prea mică posibilitatea de a opera cu grupe omogene producătoare de fenomene, care necesită comparație. Mai frecvent aceasta se referă la indicii morbidității, natalității, mortalității generale pe oraşe, județe şi alte localități, care sunt diferite după componența de vârstă, sex etc.

Exemplu: Este necesar de a compara indicii mortalității generale dintre două localități „A" şi „B". Calculul simplu arată că mortalitatea în localitatea „A" este de 10%, iar în B – de 8,5%. Dar pentru a trage concluzii privind factorii, care au provocat diferitele niveluri ale mortalității se cere o analiză a totalităților, din care s-au obținut aceşti indici. Un factor influent asupra mortalității este componența de vârstă a totalităților investigate. Cu cât sunt mai multe persoane vârstnice, cu atât

mai mare poate fi nivelul mortalității generale. În cazul nostru, în localitatea „A" bătrânii constituie 30% din toată populația, pe când în localitatea „B" numai 18%. Prin urmare, totalitățile comparate fiind diferite prin componența de vârstă, produc diferite niveluri de mortalitate (10,0 și 8,5%), de aceea ele nu pot fi comparate așa cum sunt.

Pentru compararea indicilor intensivi generali, produși de totalități neomogene, vom utiliza o metodă specială – așa-numita ***metodă de standardizare.***

Standardizarea este o metodă convențională, care permite calcularea indicilor standardizați ce înlocuiesc indicii generali intensivi sau medii când din cauza neomogenității totalităților statistice este imposibilă compararea lor.

Indicii standardizați sunt convenționali, deoarece, înlăturând acțiunea factorilor asupra indicilor reali, ei arată ce valoare ar fi avut aceștia dacă nu ar fi fost influențați de unul sau mai mulți factori. Așadar, indicii standardizați pot fi folosiți numai cu scop de comparare.

Se cunosc mai multe metode de standardizare. Cea mai frecvent utilizată în statistica medicală este metoda directă. Ea constă din 5 etape.

Etapa I – calculul indicilor intensivi (medii) generali (pentru fiecare grupă – pe sexe, vârstă etc.) pentru totalitățile care se compară.

Etapa a II-a – alegerea și calculul standardului.

Etapa a III-a – calculul „valorilor așteptate" pentru fiecare grupă de standard.

Etapa a IV-a – determinarea indicilor standardizați.

Etapa a V-a – compararea totalităților după indicii generali intensivi (sau medii) și standardizați. Concluzii.

Pentru o mai bună intuitivitate calculele etapelor se efectuează consecutiv, sub formă de tabel (*tabelul 16*).

Tabelul 16

Morbiditatea hepatică în secțiile A și B ale uzinei chimice (anul 2005)

Sexul	**Secția A** Nr.de muncitori	**Secția A** dintre ei bolnavi	**Secția B** Nr. de muncitori	**Secția B** dintre ei bolnavi	**Etapa I** % bolnavilor de hepatită în secții A	**Etapa I** % bolnavilor de hepatită în secții B	**Etapa II** Standard (rubrica 2 + rubrica 4)	**Etapa III** Nr. de bolnavi așteptați în grupa standard A	**Etapa III** Nr. de bolnavi așteptați în grupa standard B
B	50	1	170	4	2.0	2.3	220	4.4	5.06
F	200	10	30	3	5.0	10.0	230	11.5	23.0
Total	250	11	200	7	4.4	3.3	450	15.9	28.06
					Etapa IV		100	3,5%	6.2%

Etapa I – **Calculul indicilor intensivi.** Determinăm frecvența îmbolnăvirilor cu hepatită pe ambele sexe, la muncitorii secțiilor A și B ale uzinei chimice. Acești indici sunt rapoarte procentuale, calculați în felul următor: numărul bolnavilor raportat la numărul de muncitori înmulțit cu 100.

Astfel, în secția A bărbați bolnavi de hepatită sunt: $(1 : 50) \times 100 = 2\%$, iar femei bolnave de hepatită: $(10 : 200) \times 100 = 5{,}0\ \%$. Pe ambele sexe în secția A vor fi: $(11 : 250) \times 100 = 4{,}4\%$. Astfel de calcule se efectuează respectiv și pentru secția B.

După aceasta analizăm indicii intensivi din ambele secţii. Din tabelul de mai sus *(etapa I) observăm că morbiditatea atât la bărbaţii cât şi la femeile din secţia A* este mai mică decât *la bărbaţii şi femeile din secţia B. Urmărind* acest fenomen în cadrul colectivelor întregi de muncitori pe secţii, observăm un paradox : frecvenţa înbolnăvirilor muncitorilor în secţia A este mai înaltă – 4,4% vizavi de 3,3% în secţia B. Aceasta înseamnă, că asupra indicilor intensivi generali a influenţat diferenţa structurii pe sexe a muncitorilor din ambele secţii. În secţia A lucrează mai multe femei (acestea s-au îmbolnăvit mai frecvent de hepatită decât bărbaţii), în timp ce în secţia B majoritatea o constituie bărbaţii, la care această maladie se atestă mai rar. Aşadar, în cazul dat, diferenţa indicilor intensivi este cauzată de neomogenitatea de sex a muncitorilor în ambele secţii.

Pentru eliminarea acestui factor influent asupra nivelului morbidităţii hepatice în grupele neomogene de muncitori este necesar de a efectua standardizarea.

Etapa a II-a – **Alegerea şi calcularea standardului.** Drept standard este considerată acea totalitate statistică, în care se vor reflecta toate particularităţile şi caracterele grupelor comparate. În exemplul nostru, standardul este numărul total al muncitorilor din ambele secţii, inclusiv pe sexe (rubrica 2 + rubrica 4). Astfel, standardul pentru grupul de bărbaţi în ambele secţii va fi 220 (50 + 170), iar pentru femei 230 (200 + 30). În total standardul muncitorilor pe ambele secţii va fi 450 (220 + 230). Cunoscând indicii intensivi (etapa I) şi standardul (etapa a II-a) trecem la etapa a III-a.

Etapa a III-a – **Determinarea numărului aşteptat de bolnavi în fiecare secţie reieşind din grupul standard.** Numărul de bolnavi aşteptaţi îl vom afla dând răspuns la întrebarea: câţi bolnavi de hepatită aşteptăm în grupul standard de 220 de muncitori, dacă frecvenţa îmbolnăvirilor va fi ca la bărbaţii din secţia A – 2%? Facem proporţia şi efectuăm calculul: dacă la 100 vom avea 2 bolnavi, atunci la 220 vor fi „X”, de unde „X” va fi egal cu 4,4 bolnavi.

Aşadar, numărul de bolnavi hepatici aşteptaţi printre cei 220 de bărbaţi ai grupei standard va fi 4,4.

Respectând acelaşi principiu, efectuăm calcule analogice pentru ambele secţii în toate trei grupuri de standard, luând în calcul frecvenţa îmbolnăvirilor pe sexe în ambele secţii. Rezultatele calculelor sunt reprezentate în tabelul de mai sus.

După calcularea indicilor în grupele standard de femei şi bărbaţi pentru ambele secţii trecem la următoarea etapă.

Etapa a IV-a – **Determinarea indicilor standardizaţi.** Suma de bolnavi aşteptaţi (bărbaţi + femei) pe secţii o raportăm la numărul total de muncitori din ambele secţii. Exprimând aceste valori în % obţinem indicii standardizaţi. Deci, în secţia A numărul total de bolnavi „aşteptaţi” va fi: 4,4 + 11,5 = 15,9. Indicele standardizat în această secţie va constitui: (15,9 : 450) × 100 = 3,5%. În secţia B respectiv: 5,06 + 23,0 = 28,06, iar indicele standardizat va fi egal cu (28,06 : 450) × 100 = 6,2%. În baza rezultatelor etapelor I şi IV vom efectua următoarea etapă.

Tabelul 17

Compararea nivelurilor morbidităţii hepatice la muncitorii secţiilor A şi B

Indicii	Secţia A	Secţia B	Rezultatele comparării
Intensivi	4,4	3,3	A > B
Standardizaţi	3,5	6,2	A < B

Etapa a V-a. **Compararea nivelurilor morbidității** hepatice în secțiile A și B după indicii generali de frecvență și cei standardizați. Pentru o analiză mai elocventă construim un tabel analitic (*tabelul 17*), în care includem indicii intensivi generali și standardizați pe ambele secții. În baza acestor indici vom formula concluzia respectivă.

Concluzie: Comparând indicii standardizați în secțiile A și B, concluzionăm: dacă am fi avut totalități omogene (pe sexe) de muncitori în ambele secții, morbiditatea hepatică în secția A ar fi fost comparativ mai joasă decât în secția B (A < B sau 3,5 < 6,2).

Comparând, însă, indicii generali intensivi constatăm un fapt diametral opus (A > B). Aceasta se explică prin influența raportului de sexe asupra indicilor intensivi în ambele secții. În legătură cu faptul că femeile sunt mai receptive la hepatită decât bărbații, iar în secția A s-au dovedit a fi mai multe femei (200) decât bărbați (50), am și constatat o morbiditate hepatică mai mare decât în secția B. În secția B predomină bărbații (170), care fiind mai rezistenți la hepatită, au cauzat un nivel mai jos de morbiditate hepatică.

Metoda de standardizare poate fi utilizată în cazul diferenței considerabile a nivelurilor indicilor de grup (diferite niveluri de morbiditate pe sexe, letalitate în spitale, diferite durate de tratament etc.).

Dacă indicii pe anumite grupe în totalități neomogene sunt aproximativ aceiași, standardizarea nu are sens. De asemenea, standardizarea nu se recomandă și în cazurile când indicii comparați pe anumite grupe sunt diferiți, iar totalitățile omogene.

Când operăm cu indici standardizați trebuie să reținem, că ei nu reprezintă nivelul real al fenomenului studiat, ci sunt doar convenționali și pot fi utilizați numai cu scop de comparare, eliminând influența diverșilor factori asupra indicatorilor statistici și că ei arată care ar fi fost nivelul fenomenului studiat în totalități cu structură omogenă.

1.9. ANALIZA CORELAȚIEI DINTRE FENOMENE ȘI SEMNE

În medicină și în biologie, ca de altfel în toate domeniile de activitate, există o interdependență între fenomene. Apariția și evoluția unui fenomen este în strânsă legătură cu o serie de alte fenomene sau factori care intervin în determinarea sau favorizarea acestuia. Corelația este o metodă care ne permite să cunoaștem fenomenele din natură și societate sub raportul interferenței lor, al conexiunilor în care se găsesc.

În statistică, pentru studierea legăturilor multiple ce au loc între diferite fenomene, se folosește noțiunea de funcție f, care constă în faptul că fiecărei valori a variabilei independente (X), numită argument, îi corespunde valoarea altei variabile numită funcție (Y).

În general, deosebim două tipuri de corelații: **corelații funcționale** sau matematice și **corelații statistice** sau stohastice (întâmplătoare).

Corelațiile funcționale sunt perfecte, rigide, exprimând legătura de cauză și efect între fenomene. Asemenea corelații sunt studiate în cadrul științelor exacte, unde având de-a face cu fenomene simple, legătura de cauză și efect se evidențiază

mai uşor şi se exprimă sub formă de lege. În cazul corelaţiei funcţionale unei valori determinate a unei variabile independente X (argument) îi corespunde strict o valoare a variabilei dependente Y (funcţie).

Corelaţiile statistice sunt mai puţin perfecte, se evidenţiază mai greu, exprimând legătura de dependenţă existentă între fenomene. În cazul corelaţiei statistice fiecărei valori numerice a variabilei X îi corespunde nu una ci mai multe valori ale variabilei Y, adică o totalitate statistică a acestei valori, care se grupează în jurul mediei Y_x.

Legătura de corelaţie după formă poate fi lineară (rectilinie) sau nelineară (curbilinie), iar după sens – directă (pozitivă) şi inversă (negativă).

În cazul corelaţiei lineare dintre schimbările uniforme ale valorilor medii ale unei variabile au loc schimbări egale ale altei variabile. Pentru corelaţia nelineară schimbărilor uniforme ale unei valori le corespund valori medii ale altei variabile, care poartă caracter de creştere ori de micşorare. Aprecierea legăturilor de corelaţie lineară se realizează cu ajutorul coeficientului de corelaţie r_{xy}, iar a celor nelineare – cu raportul de corelaţie η (eta).

Corelaţii directe se stabilesc între fenomene care evoluează în acelaşi sens, în aceeaşi direcţie. Creşte unul, creşte şi cel cu care are legătură de dependenţă; sau scade un fenomen, scade şi cel cu care corelează. Spre exemplu, mărirea înălţimii copiilor determină mărirea greutăţii lor. Corelaţiile inverse se stabilesc între fenomene care evoluează în sens opus. Creşte un fenomen şi scade cel cu care are o legătură de dependenţă; sau scade un fenomen şi creşte cel cu care se corelează. De exemplu, cu cât e mai mare vârsta copiilor, cu atât e mai mică mortalitatea lor.

Corelaţiile statistice directe presupun evoluţia în acelaşi sens a fenomenelor ce se corelează, dar nu cu aceeaşi unitate de măsură. De exemplu, creşte nivelul de trai al populaţiei unei colectivităţi de două ori, creşte şi rezistenţa organismului la îmbolnăviri, dar nu în aceeaşi măsură, pentru că în afară de nivelul de trai, receptivitatea organismului la îmbolnăviri este determinată şi de alţi factori (biologici, climatici, geografici etc.). Corelaţiile statistice inverse presupun creşterea unui fenomen şi scăderea celui cu care se corelează, dar nu în aceeaşi măsură. De exemplu, dacă într-o colectivitate am efectuat un număr dublu de vaccinări anti-pertussis, numărul copiilor ce vor contracta boala, în anul următor, va fi cu siguranţă mai scăzut, dar nu va fi de două ori mai mic decât în anul premergător.

Corelaţiile statistice, spre deosebire de cele funcţionale, pot fi numai temporare şi într-un singur sens. Aşa, de exemplu, între înălţime şi vârstă există o legătură de dependenţă directă numai până la vârsta de 18-20 de ani. După această vârstă, înălţimea rămâne nemodificată sau eventual către bătrâneţe scade. Sau alt exemplu: nivelul de trai influenţează nivelul mortalităţii infantile, dar aceasta din urmă nu poate influenţa nivelul de trai.

1.9.1. CALCULAREA COEFICIENTULUI DE CORELAŢIE

Legătura de dependenţă dintre două sau mai multe fenomene, sensul şi intensitatea acesteia, se stabilesc cu ajutorul coeficientului de corelaţie lineară (simplă sau multiplă) al lui Bravais-Pearson.

În seriile statistice simple, când n<30, coeficientul de corelaţie se obţine raportând suma produselor dintre abaterile de la media aritmetică a valorilor frecvenţelor

primului fenomen şi abaterile de la media aritmetică a valorilor frecvenţelor celui de al doilea fenomen, la rădăcina pătrată din produsul realizat între suma pătratelor abaterilor de la media aritmetică a valorilor frecvenţelor primului fenomen şi suma pătratelor abaterilor de la media aritmetică a valorilor frecvenţelor celui de al doilea fenomen, cu care se corelează.

Formula de calcul: $r_{xy} = \pm \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \sum d_y^2}}$ în care:

r_{xy} – coeficientul de corelaţie;

$\Sigma d_x d_y$ – suma produselor dintre abaterile de la media aritmetică a valorilor frecvenţelor celor două fenomene (x şi y) ce se corelează;

Σd_x^2 – suma pătratelor abaterilor de la media aritmetică a valorilor frecvenţelor fenomenului x;

Σd_y^2 – suma pătratelor abaterilor de la media aritmetică a valorilor frecvenţelor fenomenului y.

Exemple: *Tabelul 18*

Timpul trecut din momentul accesului de pancreatită acută (x) şi numărul complicaţiilor postoperatorii (y)

Nr.	Timpul x	Nr. complicaţii y	d_X	d_Y	d_X^2	d_Y^2	$d_X d_Y$
1	3	6	-6	-8,8	36	77,4	52,8
2	5	8	-4	-6,8	16	46,2	27,2
3	7	12	-2	-2,8	4	7,8	5,6
4	10	19	1	4,2	1	17,6	4,2
5	13	20	4	5,2	16	27	20,8
6	16	24	7	9,2	49	84,6	64,4
Total	54	89			122	260,6	175
	9	14,8			178,3		

$R_{XY} = 0,98$

Exemple: *Tabelul 19*

Nivelul de asigurare cu medici stomatologi (x) şi ponderea copiilor sanaţi în cadrul a 5 raioane (y)

Nr.	Asigurare medici x	Copii sanaţi y	d_X	d_Y	d_X^2	d_Y^2	$d_X d_Y$
1	2,3	65,7	-1	-19,7	1	388,1	19,7
2	3,2	91,7	-0,1	6,3	0,01	39,7	-0,63
3	3,4	88,0	0,2	2,6	0,04	6,8	0,52
4	3,6	91,4	0,3	6,0	0,09	36	1,8
5	3,9	90,3	0,6	4,9	0,36	24,0	2,94
Total	16,4	427,1			1,5	494,6	24,3
	3,3	85,4			27,2		

$r_{XY} = 0,89$

În seriile statistice grupate coeficientul de corelaţie se obţine raportând suma produselor dintre abaterile valorilor variantelor de la media ponderată a celor două fenomene ce se corelează şi frecvenţele perechi de valori ale variantelor la rădăcina

pătrată din suma produselor dintre pătratele abaterilor valorilor variantelor de la media ponderată şi frecvenţele corespunzătoare fiecărei variante a primului fenomen, înmulţită cu suma produselor dintre pătratele abaterilor valorilor variantelor de la media ponderată şi frecvenţele corespunzătoare fiecărei variante a celui de al doilea fenomen, cu care se corelează.

Formula de calcul: $r_{xy} = \pm \frac{\sum d_x d_y fxy}{\sqrt{\sum(d_x^2 fx)\sum(d_y^2 fy)}}$, în care:

r_{xy} – coeficientul de corelaţie;
Σ – semnul însumării;
$d_x d_y f_{xy}$ – produsul dintre abaterile de la media ponderată a variantelor celor două fenomene ce se corelează şi frecvenţele perechi corespunzătoare variantelor fenomenelor x şi y;
$d_x^2 fx$ – produsul dintre pătratele abaterilor de la media ponderată a valorilor variantelor fenomenului x şi numărul de frecvenţe corespunzătoare fiecărei variante;
$d_y^2 fy$ – produsul dintre pătratele abaterilor de la media ponderată a valorilor variantelor fenomenului y şi numărul de frecvenţe corespunzătoare fiecărei variante.

1.9.2. INTERPRETAREA COEFICIENTULUI DE CORELAŢIE

Coeficientul de corelaţie poate fi cuprins între minus unu, zero şi plus unu. Când valoarea coeficientului de corelaţie se apropie de +1, înseamnă că între cele două fenomene ce se corelează există o legătură foarte puternică. Semnul + al coeficientului de corelaţie denotă că legătura de dependenţă dintre fenomene este directă. Deci ambele fenomene evoluează în acelaşi sens, în aceeaşi direcţie. Când valoarea coeficientului de corelaţie se apropie de –1, înseamnă că între cele două fenomene există o legătură foarte puternică, dar inversă, în sens opus: creşte un fenomen, scade cel cu care se corelează.

În medicină întâlnim, de obicei, valori ale coeficientului de corelaţie intermediare valorilor –1 şi +1. Pentru interpretarea intensităţii legăturii de dependenţă dintre fenomene se utilizează următoarele criterii:

- valoarea coeficientului de corelaţie cuprinsă între ±1 denotă o corelaţie foarte puternică între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelaţie cuprinsă între ±0,99 şi ±0,70 denotă o corelaţie puternică;
- valoarea coeficientului de corelaţie cuprinsă între ±0,69 şi ±0,30 denotă o corelaţie medie între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelaţie cuprinsă între ±0,0 şi ±0,29 exprimă existenţa unei corelaţii slabe între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelaţie 0 denotă că legătura dintre fenomene în mod practic o considerăm inexistentă. Cele două fenomene evoluează deci independent unul de altul.

Coeficientul de corelaţie dintre fenomene poate fi corect interpretat dacă se ţine seama de următoarele aspecte:

- între fenomenele ce se corelează să existe, în mod logic, o legătură;
- cele două fenomene să fie cercetate pe eşantioane omogene;
- alegerea frecvenţei eşantioanelor să se facă la întâmplare.

1.9.3. EROAREA COEFICIENTULUI DE CORELAȚIE LINEARĂ

Coeficientul de corelație, ce exprimă legătura de dependență dintre două fenomene, se obține de obicei pe eșantioane, și nu pe univers. Valorile acestuia diferă mai mult sau mai puțin față de valoarea coeficientului de corelație pe care am fi obținut-o studiind fenomenele pe întreaga populație.

Pentru a ne convinge de fidelitatea coeficientului de corelație, în interpretarea legăturii dintre fenomenele obținute pe eșantioane, folosind eroarea coeficientului de corelație, care se notează cu m_r.

Formula de calcul pentru n < 30: $m = \sqrt{\frac{1 - r_{xy}^2}{n-2}}$.

În cazul când 30 < n < 100 se utilizează formula: $m_r = \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n-1}}$

pentru n > 100: $m_r = \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n}}$, în care:

m_r – eroarea coeficientului de corelație;

r_{xy}^2 – pătratul valorii coeficientului de corelație, obținut pe eșantioane;

1 – valoarea absolută a coeficientului de corelație, obținut pe univers, pe întreaga populație;

n – numărul variantelor perechi ale fenomenelor ce se corelează.

Dacă n < 30 sau valoarea coeficientului de corelație nu este mare, trebuie de decis cât de reală este legătura dintre fenomenele ce se corelează. În general, dacă valoarea coeficientului de corelație obținut pe eșantioane este mai mare decât triplul erorii sale, înseamnă că acesta a fost obținut pe eșantioane reprezentative, este deci real și ne putem bizui pe el în interpretarea legăturii de dependență dintre fenomene. Dacă $(r_{XY}/m_r) < 3$, legătura dintre fenomene rămâne nedeterminată și se consideră că valoarea coeficientului de corelație, care diferă de zero, a fost obținută întâmplător.

Raportul dintre coeficientul de corelație și eroarea lui se numește criteriu de exactitate al coeficientului de corelație – t_r. Criteriul în cauză se stabilește cu ajutorul tabelului valorilor criteriului t. Dacă $t_{real} > t_{tabel}$, coeficientul de corelație se consideră semnificativ.

1.9.4. CORELOGRAMA

Existența sau inexistența unei corelații dintre fenomene se poate evidenția aproximativ fără prea multe calcule, cu ajutorul reprezentărilor grafice. În acest caz, folosim un grafic cu două scări, ordonată și abscisă, pe care înscriem valorile variantelor celor două fenomene x și y.

În rețeaua graficului este reprezentată prin câte un punct fiecare frecvență la nivelul valorii variantei corespunzătoare fenomenului x de pe abscisă și la înălțimea valorii variantei corespunzătoare fenomenului y de pe ordonată. Se realizează astfel „norul de puncte". În funcție dispoziția acestui nor de puncte putem aprecia, aproximativ, existența sau absența corelației dintre fenomene, precum și sensul și intensitatea aproximativă a acesteia. Dacă norul de puncte se va dispune fuziform, oblic de jos în sus și de la stânga la dreapta, între cele două fenomene există o corelație directă. Crește un fenomen, crește și cel de al doilea, cu care se corelea-

ză, sau ambele fenomene scad, evoluând în aceeaşi direcţie. Intensitatea legăturii corelative dintre cele două fenomene se apreciază, aproximativ, după unghiul pe care dreapta ce trece prin mijlocul norului de puncte îl realizează cu abscisa. Cu cât acest unghi ascuţit este mai mare, având tendinţa să se apropie de 45^0, cu atât corelaţia dintre fenomene este mai puternică. Cu cât unghiul format de această dreaptă şi abscisă este mai mic, dreapta oblică având tendinţa să se apropie de orizontală, cu atât corelaţia dintre fenomene va fi mai slabă.

Dacă norul de puncte se dispune fuziform, oblic de sus în jos şi de la stânga la dreapta, între cele două fenomene există o corelaţie inversă. Intensitatea acestei corelaţii inverse se apreciază după mărimea unghiului ascuţit pe care dreapta ce trece prin mijlocul norului de puncte îl formează cu abscisa, în partea opusă ordonatei.

Dacă punctele se dispun pe toată reţeaua grafică, neavând nici o tendinţă de a se grupa, înseamnă că între fenomene nu există nici o legătură de dependenţă, fenomenele evoluând independent unul faţă de celălalt. În cazul acesta, dreapta care trece prin mijlocul punctelor este paralelă fie cu ordonata, fie cu abscisa.

1.9.5. CORELAŢIA MULTIPLĂ

Se stabileşte între mai mult de două fenomene, care au legătură de dependenţă între ele. În asemenea situaţii, existenţa legăturii de dependenţă dintre fenomene, sensul şi intensitatea acestei legături se stabilesc cu ajutorul coeficientului de corelaţie lineară multiplă.

De exemplu, dacă dorim să evidenţiem legătura de dependenţă dintre înălţimea (fenomen x), greutatea (fenomen y) şi vârsta (fenomen z) copiilor sau legătura de dependenţă dintre incidenţa dinţilor cariaţi (fenomen x), dinţilor cu parodontopatii marginale (fenomen y) şi dinţilor absenţi (fenomen z) ne folosim de următoarea formulă:

$$r_{xyz} = \sqrt{\frac{r_{xy}^2 + r_{xz}^2 - 2(r_{xy}) \times r_{yz} \times r_{xy}}{1 - r_{xz}^2}}$$, în care:

r_{xyz} – coeficientul de corelaţie lineară multiplă între cele trei fenomene;
r_{xy} – coeficientul de corelaţie lineară simplă între fenomenele x şi y;
r_{yz} – coeficientul de corelaţie lineară simplă între fenomenele y şi z;
r_{xz} – coeficientul de corelaţie lineară simplă între fenomenele x şi z.

Coeficientul de corelaţie lineară multiplă are valori mai mari decât valorile coeficienţilor de corelaţie lineară simplă luaţi în parte şi totdeauna semn pozitiv. Interpretarea intensităţii corelaţiei multiple ţine seama de aceleaşi criterii enunţate la interpretarea coeficientului de corelaţie lineară simplă.

1.9.6. CORELAŢIA RANGURILOR (SPEARMAN)

În cazul în care dorim să stabilim legătura de dependenţă dintre fenomenele cercetate pe eşantioane mici (n < 30), deci pe un număr redus de frecvenţe, utilizăm coeficientul de corelaţie al rangurilor, propus de Spearman (1904). Acest coeficient se notează cu litera greacă ρ (ro) şi se determină după formula propusă de Spearman:

$$\rho = 1 \frac{6\sum d^2}{n \cdot (n^2 - 1)}$$, în care:

1 – valoarea absolută a coeficientului de corelație;
ρ – coeficientul de corelație Spearman;
6 – valoare constantă;
Σd^2 – suma pătratelor diferențelor dintre rangurile primului şir de variante şi rangurile celui de al doilea şir de variante, cu care se corelează;
n – numărul variantelor perechi variantelor ce se corelează.

Exemplu: *Tabelul 20*

Timpul trecut din momentul accesului de pancreatită acută (x) şi numărul complicațiilor postoperatorii (y)

Nr.	Timpul x	Nr. complicații y	Rangul x	Rangul y	d	d^2
1	3	6	1	1	0	0
2	5	8	2	2	0	0
3	7	12	3	3	0	0
4	10	19	4	4	0	0
5	13	20	5	5	0	0
6	16	24	6	6	0	0
Total	54	89			ρ = 1	

Coeficientul de corelație al rangurilor poate avea valori cuprinse între –„1" –„0"- +"1". El exprimă o legătură perfectă când are valoarea +1. În această situație, rangurile au valori egale, iar diferența dintre ranguri este egală cu 0.

În general, cu cât numărul rangurilor cu aceeaşi valoare, în cele două clasamente, este mai mare, cu atât suma pătratelor diferențelor dintre ranguri este mai mică, iar valoarea coeficientului de corelație Spearman va fi mai mare.

Exemplu: *Tabelul 21*

Legătura de corelație dintre copiii cu deficiență mintală (la 100 mii de copii) şi invaliditatea copiilor (la 100 mii de copii)

Nr.	Țara	Deficiența mintală x	Invaliditatea copiilor y	Rangul x	Rangul y	d	d^2
1	Armenia	120	33	1	6.5	-5,5	30,25
2	Tadjikistan	138	27	2	1	1	1
3	Azerbaidjan	167	38	3	9.5	-6.5	42.25
4	Turkmenistan	198	30	4	4,5	-0.5	0.25
5	Georgia	245	43	5	11	-6	36
6	Kârgâzstan	318	28	6	2	4	16
7	Uzbekistan	342	30	7	4.5	2.5	6.25
8	Kazahstan	455	29	8	3	5	25
9	Belarus	538	36	9	8	1	1
10	Ucraina	625	48	10	14	-4	16
11	Rusia	795	38	11	9.5	1.5	2.25
12	Moldova	1018	44	12	12	0	0
13	Estonia	1110	47	14	13	1	1
14	Lituania	1021	57	13	15	-2	4
15	Letonia	1127	33	15	6.5	8.5	72,25
Total						Σ=-24.5 Σ=+24.5	Σ=253.5 ρ = 0,55

1.9.7. COEFICIENTUL DE ASOCIERE

În domeniul medicinei este necesar în multe cazuri de a stabili legătura nu numai între indicatorii cantitativi, ci şi între cei calitativi, care au caracter alternativ (prezenţa fenomenului – lipsa fenomenului). În asemenea cazuri se utilizează tabelul de asociere format din patru câmpuri (2x2), care exprimă legătura de dependenţă dintre fenomenele cu caracter alternativ.

Legătura de corelaţie se determină prin intermediul **coeficientului de asociere**, utilizând formula următoare: $q = \frac{ad - bc}{ad + bc}$, unde: a, b, c, d corespund valorilor situate în cele patru câmpuri.

Exemplu: *Tabelul 22*

Vaccinarea contra unei maladii şi morbiditatea populaţiei în oraşul A

	S-au îmbolnăvit	Sănătoşi	Total
Vaccinaţi	40 a	5 900 b	5 940 a + b
Nevaccinaţi	250 c	9 620 d	9 870 c + d
Total	290 a + c	15520 b + d	15 810 a + b + c + d

$$q = \frac{ad - bc}{ad + bc} = \frac{(40 \times 9620) - (5900 \times 250)}{(40 \times 9620) + (5900 \times 250)} = \frac{-1090200}{1859800} = -0.58$$

Concluzie: între vaccinare şi morbiditate este o legătură inversă, astfel, cu cât mai multe persoane sunt vaccinate, cu atât mai puţine cazuri de îmbolnăvire se înregistrează.

1.10. REGRESIA

Termenul de regresie a fost introdus de F.Galton, care a observat că înălţimea descendenţilor regresează către înălţimea părinţilor.

Coeficientul de corelaţie ne dă indicaţii asupra sensului şi intensităţii legăturii de dependenţă dintre fenomene, fără a putea preciza, sub aspect cantitativ, cu cât creşte sau scade un fenomen când cel cu care se corelează creşte sau scade cu o anumită cantitate.

Regresia, noţiune strâns legată de noţiunea de corelaţie, completează corelaţia şi prin intermediul coeficientului de regresie, stabileşte cu cât creşte sau descreşte sub aspect cantitativ un fenomen, când cel cu care se corelează creşte sau descreşte cu o unitate de măsură.

Regresia poate fi simplă şi multiplă; liniară şi neliniară. Ca şi corelaţia, regresia poate fi directă, când fenomenele evoluează în acelaşi sens (creşte x, creşte y sau scade x, scade şi y), sau indirectă, când fenomenul evoluează în sens opus (creşte x, scade y sau scade x, creşte y).

Formula coeficientului de regresie este: $Rg_{yx} = r_{xy} \frac{\delta_y}{\delta_x}$ sau $Rg_{xy} = r_{xy} \frac{\delta_x}{\delta_y}$ în care:

Rg_{xy} – coeficientul de regresie a lui x în funcţie de y. El exprimă, cantitativ, cu cât creşte sau scade fenomenul x când y creşte sau scade cu o unitate de măsură;

Rg_{yx} – coeficientul de regresie a lui y în funcţie de x. El exprimă, cantitativ, cu cât creşte sau scade fenomenul y când x creşte sau scade cu o unitate de măsură;

r_{xy} – coeficientul de corelaţie liniară Bravais-Pearson;

δ_x – deviaţia standard a fenomenului x;

δ_y – deviaţia standard a fenomenului y.

Exemplu: *Tabelul 23*

Înălţimea x	Frecvenţe fx	Greutatea y	Frecvenţe fy
130	3	29	3
132	5	30	4
135	7	31	3
136	4	32	4
137	3	33	4
		34	2
		35	1
		36	1

Repartizarea a 22 de copii conform înălţimii (x) şi greutăţii (y) au oferit următoarele date: înălţimea medie – 134 cm; greutatea medie – 31,8 kg; abaterea standard pentru înălţime (x) – 2,37; abaterea standard pentru greutate (y) – 1,97; coeficientul de corelaţie – 0,82.

Cu cât se va modifica greutatea corpului la copiii în cauză, dacă înălţimea acestora va creşte cu 1 cm?

Substituind datele în formula coeficientului de regresie, obţinem:

$$Rg_{yx} = r_{xy}\frac{\delta_y}{\delta_x} = 0.82\frac{1.97}{2.37} = 0.82 \cdot 0.83 = 0.68 kg/cm$$

Concluzie: Creşterea înălţimii medii cu 1cm la copiii studiaţi va avea drept urmare creşterea greutăţii lor cu 0,68 kg.

Utilizând coeficientul de regresie, se poate afla mărimea fenomenului y (în cazul analizat anterior – greutatea), fără a recurge la măsurarea acestuia, utilizând în acest scop numai fenomenul x (greutatea). Se foloseşte următoarea ecuaţie a regresiei: $y = \bar{Y} + Rg_{yx}\left(x - \bar{X}\right)$, în care:

y – greutatea cercetată;

x – mărimea cunoscută a înălţimii;

Rg_{yx} – coeficientul de regresie al înălţimii în raport cu greutatea;

$\bar{Y}$ – greutatea medie a colectivităţii cercetate;

$\bar{X}$ – înălţimea medie a colectivităţii cercetate.

În cazul dat înălţimea medie – 134 cm; greutatea medie – 31,8 kg; Rg_{yx} – 0,68. Se cere de aflat care va fi greutatea copiilor care au înălţimea de 135 cm.

Înlocuind datele în formulă, obţinem:

$$y = \bar{Y} + Rg_{yx}\left(x - \bar{X}\right) = 31,8 + 0,68 \cdot (135 - 134) = 31,8 + 0,68 \cdot 1 = 32,5 kg$$

Astfel, înălţimii de 135 cm îi corespunde greutatea de 32,5 kg.

Scara regresiei: În domeniul cercetărilor somatometrice a copiilor şi adolescenţilor este foarte importantă metoda de estimare a indicatorilor înălţimii, greutăţii corpului, perimetrului toracic etc. Valorile individuale ale acestor valori diferă uneori destul de evident. La persoanele care au aceeaşi înălţime greutatea corpului poate varia în limite destul de mari.

Mărimea diversităţilor individuale a acestor caracteristici este redată de abaterea standard a regresiei - δ_{Rg}, care este calculată cu ajutorul formulei următoare:

$$\delta_{Rg} = \sqrt{\delta_y \cdot 1 - r_{xy}^{\ 2}}$$

Cu cât va fi mai mică valoarea abaterii standard a regresiei, cu atât mai mici vor fi limitele de variaţie a valorilor individuale faţă de media lor.

În exemplul anterior, conform datelor obţinute, valoarea abaterii standard a regresiei va fi: $\delta_{Rg} = \sqrt{\delta_y \cdot 1 - r_{xy}^{\ 2}} = 1{,}97 \cdot 1 - 0{,}82^2 = 1{,}97 \cdot 0{,}33 = \pm 0{,}65 kg/cm$

Cunoscând valoarea coeficientului de regresie, folosind ecuaţia regresiei şi abaterea standard a regresiei, se poate forma scara regresiei.

1.11. ALTE METODE STATISTICO-MATEMATICE DE ANALIZĂ A INFORMAŢIEI

În afară de metodele matematice şi statistice de prelucrare a informaţiei descrise mai sus, există şi alte metode, mai complicate, a căror utilizare permite analiza şi sinteza mai aprofundată a fenomenului cercetat şi a factorilor determinaţi. În cele ce urmează le vom caracteriza succint. Cei interesaţi să le studieze aprofundat vor consulta surse ştiinţifice suplimentare.

1. Analiza discriminantă. Esenţa metodei constă în acordarea de ponderi, ce derivă din nivelurile fenomenului studiat sau „*note*" – diferiţilor factori de risc. Notele se acordă pe baza datelor generale pentru întreaga totalitate sau pe baza riscului relativ al eşantionului cercetat pentru fiecare factor de risc în parte.

Reiese că factorii cu o pondere (notă) mai mare dau şi un indice majorat al fenomenului. În metoda dată de analiză se evidenţiază anumite trepte, unde factorii de risc sunt grupaţi după ponderile lor (mici, medii, mari etc.). Această analiză discriminantă numită „pas cu pas" poate fi efectuată descendent (prin eliminare) după note sau ascendent (aditiv). Aici se utilizează formula de funcţie lineară:

$$D = b_1x_1 + b_2x_2 + \ldots b_kx_k,$$ unde:

D – funcţia lineară discriminantă;
x – semnul fenomenului studiat (mediu, rang, greutate, vârstă);
b – coeficientul de ponderare.

2. Analiza prin componente principale. Este o metodă specială de corelaţie dintre evenimentul produs şi multitudinea de factori calitativi şi cantitativi.

Prin combinarea liniară a semnelor, ultimele sunt concentrate în mai puţine variabile şi astfel cele cu o pondere mai mare în influenţarea evenimentului devin componente principale. Aceste componente principale corespund axelor principale după care se desfăşoară punctele variabilelor, în cazul nostru ale factorilor de risc, eliminându-se astfel factorii cu o mai mică influenţă asupra fenomenului.

3. Analiza factorială. Este, în principiu, similară analizei prin componente principale, exprimând variabilele inițiale sub forma unei combinații lineare de factori comuni și specifici.

Analiza factorilor poate fi efectuată prin două metode tehnico-tematice:

- metoda factorială a lui Spearmen, cu un singur factor comun;
- metoda de analiză multifactorială, care include un număr mai redus de factori comuni.

Analiza factorială, pornind de la corelație și regresie, caută să sintetizeze acțiunile sinergice sau antagoniste ale mai multor factori de risc și astfel evidențiază pe cei cu pondere mai însemnată în determinarea fenomenului.

Aici, însă cercetătorul trebuie să fie prudent în analiza rezultatelor căpătate, care nu întotdeauna pot fi considerate definitive. Deci, pe parcurs se pot găsi și alte soluții, prin rotarea spațială a vectorilor reprezentativi ai factorilor, care să determine logic legăturile de dependență multifactorială.

4. Corelația multidimensională și regresia liniară multiplă. A fost deja descris că corelația și regresia se utilizează mai ales în cazul dependenței a două variabile cantitative, precis măsurabile, dar există și posibilitatea evidențierii dependenței și în cazurile variabilelor cu caracter calitativ.

În cazul corelației multidimensionale proiectarea tridimensională permite calculul probabilist al fiecărui cuplu de variabile de două dimensiuni, calculându-se astfel coeficienții de corelație totală. Această corelație totală poate fi aplicată în special în cazul repartițiilor normale de frecvență la un număr mare de dimensiuni, similar ca în corelațiile tridimensionale, existând o mare gamă de corelații selective ale variabilelor.

Pentru calculul regresiei multiple, cea mai simplă este metoda de programare liniară, ce se transpune ușor în programul pentru calculator. Metoda aceasta permite să se introducă variabilele rând pe rând în regresia multiplă, până când orice majorare nu mai modifică esențial rezultatele.

5. Analiza secvențională. Se poate aplica în orice studiu, inclusiv epidemiologic și se bazează pe regula de oprire a investigației în funcție de rezultatele obținute până la data respectivă. Adică se utilizează mai des în domeniul observațiilor clinice și în experimente.

Această metodă se bazează pe faptul că eroarea medie scade pe măsură ce este mărit numărul de cazuri și rezultă din formula:

$$m_m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

6. Analiza dispersională. În selecțiile aleatorii, când se formează grupe de eșantion, analiza dispersională ne demonstrează dacă aceste grupe fac parte sau nu din aceeași populație. Cu alte cuvinte, când avem o totalitate selectivă, formată din mai multe eșantioane mici, prin intermediul acestei metode de analiză, apreciem dacă acest eșantion este omogen.

Se analizează, deci, variația întregii populații cu ajutorul a două mărimi: una este variația în interiorul familiilor și a doua – variația de la familie la familie. În fond, este o analiză a deviațiilor.

De exemplu, formula lui Fischer de analiză dispersională este următoarea:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

Când acest raport va fi supraunitar, deci coeficientul „*F*” va fi mai mare sau mai mic ca unu, se respinge ipoteza nulă (Ho) că cele două eşantioane comparate ar fi din aceeaşi populaţie şi se acceptă ipoteza alternativă (H1) că ele sunt semnificativ diferenţiate.

Variaţia acestor eşantioane depinde de metodologie şi de unii factori întâmplători. Dispersia generală, la rândul său, depinde de suma dispersiilor factoriale „S_x” (a metodologiei) şi a dispersiei reziduale „S_z” (a factorilor întâmplători).

Raportul lor (coeficientul Fisher) se compară cu rezultatele standard calculate special şi dacă ele sunt egale sau primul e mai mare decât cel tabelar, atunci influenţa factorului cercetat se consideră acceptată. Astfel, noi putem analiza şi determina prioritatea influenţei factorilor metodologici sau întâmplători, sau a diferitelor gradaţii şi combinaţii ale lor referitor la fenomenul studiat.

În practică se folosesc mai multe metode de analiză dispersională în caz de:

a) complex dispersional al unui factor;
b) complex a doi factori interdependenţi;
c) complex multifactorial.

Ultima metodă permite de a analiza mai aprofundat influenţa celor mai diverşi factori şi condiţii asupra fenomenului cercetat, de aceea ea este utilizată mai frecvent.

Aplicarea corectă a metodelor statistice şi a tendinţei generale a schimbării fenomenelor în dinamică permite extrapolarea acestora pe o anumită perioadă (mai scurtă sau mai îndelungată) în funcţie de modificările factorilor determinanţi şi favorizanţi cu acţiune pozitivă şi negativă. Aceasta prezintă interes în planificarea serviciilor sanitare, în conformitate cu modele previzionale, care pot fi grupate în: inductive; deductive; normative; mixte.

Metodele inductive fac apel la opinia unor persoane experimentate în specialitatea problemei în care se efectuează investigaţia, sau se află părerea altor personalităţi din diferite domenii de preocupare, comparând-o cu cea a specialiştilor. Pentru aceasta se pregătesc, de obicei, anchete speciale pentru investigarea opiniei experţilor (specialiştilor), personalului operativ, populaţiei. Aceste anchetări pot fi repetate în dinamică la acelaşi grup de persoane (metoda Delfi) sau folosite pe o cale multidisciplinară, având, însă, un scop comun, bine determinat şi fiind efectuate de una şi aceeaşi instituţie.

Metodele deductive prevăd utilizarea metodelor matematice, teoretice, pe baza studiului curent, în dinamică, al fenomenului şi extrapolării lui pe o perioadă bine determinată (extrapolarea ritmului mediu anual de creştere sau scădere, prin regresia liniară cu ajutorul parabolei, hiperbolei, prin metode exponenţiale şi logistice etc.).

Metodele normative se bazează pe metodele obişnuite de analiză a fenomenului studiat, a metodei inductive şi celei deductive, fapt ce permite de a elabora normativele necesare de activitate a serviciilor pentru sănătate, a cadrelor etc.

Aceste metode previzionale în combinaţie cu cele obişnuite permit analiza aprofundată a fenomenului cercetat şi formularea concluziilor şi propunerilor practice respective adecvat situaţiei sociale, economice, spaţiale şi temporare în totalitatea integrală pentru prezent şi viitor.

1.12. PREZENTAREA MATERIALULUI STATISTIC

După ce materialul obţinut din cercetare a fost prelucrat, se trece la prezentarea lui în tabele statistice şi în formă grafică.

1.12.1. PREZENTAREA PRIN TABELE

Tabelele statistice constituie cea mai exactă formă de prezentare a informaţiilor obţinute prin observaţie sau experiment, pentru un bun cunoscător al statisticii nefiind necesară prezentarea descriptivă a cercetării.

Tabelele statistice sunt constituite din machete formate din coloane verticale şi rânduri orizontale, din întretăierea cărora rezultă o serie de rubrici, fiecare corespunzând unei valori sau interval de valori al variantelor respective, exprimând o anumită valoare medie sau relativă.

Tabelarea constituie o metodă comodă, sintetică şi sistematică:

- *comodă*, pentru că rezultatele cercetării sunt redate sub forma unor tabele cifrice, permiţând observarea cu uşurinţă a aspectelor principale ale problemei cercetate;
- *sintetică*, pentru că datele cifrice redau aspectele esenţiale ale fenomenului studiat;
- *sistemică*, pentru că între diferitele date cantitative sau calitative prezentate în tabel, există o înlănţuire logică, uşurând înţelegerea lor.

Cerinţele de întocmire a unui tabel statistic sunt:

1. Fiecare tabel trebuie să aibă denumire, în care se include timpul.
2. Datele în tabel se aranjează corespunzător conţinutului acestora.
3. Fiecare tabel trebuie să aibă totalizări pe orizontală şi pe verticală.
4. În tabel se prezintă indicatori relativi sau medii aritmetici, dar nu date absolute.

Fiecare tabel trebuie să aibă denumire, care printr-o frază clară să redea conţinutul tabelului, locul şi perioada de timp la care se referă şi modul în care au fost obţinute datele. Datele titlului tabelului trebuie să răspundă la 4 întrebări: ce, unde, când, cum? Ce cuprinde tabelul, unde s-a efectuat cercetarea, când s-a efectuat cercetarea şi cum au fost obţinute datele? La întrebarea „cum?" se poate răspunde printr-un asterix sub macheta tabelului (exemplu, *tabelul 24*).

Tabelul 24

Mortalitatea generală a populaţiei
Republicii Moldova pentru anii 1996 – 2000 la 100 mii de locuitori

Nr.	Genul	Anii analizaţi					Media pe 5 ani
		1996	1997	1998	1999	2000	
1.	Ambele sexe	1 149,6	1 175,7	1 093,1	1 133,0	1 132,8	1 136.8
2.	Feminin	1 082,0	1 079.8	1 018,6	1 050,6	1 057,6	1 057,7
3.	Masculin	1 237,9	1 239,3	1 174,1	1 224,5	1 214.8	1 218.1

2. Datele în tabel se aranjează corespunzător conţinutului acestora. În rândurile orizontale, în stânga machetei sunt cuprinse subgrupurile din colectivita-

tea cercetată (populația repartizată după vârstă, sex, nou-născuți pe județe, bolnavi după diagnostic etc.), constituind subiectul tabelului, și care corespund obiectului de studiu. În coloanele machetei, în dreptul fiecărui rând al subiectului sunt prezentate valorile care corespund caracteristicilor de grupare, deci însușirile exprimate în valorile variantelor, constituind predicatul tabelului (valorile ce corespund înălțimii, greutății nou-născuților, mortalității infantile, morbidității etc.).

3. Fiecare tabel trebuie să aibă totalizări pe orizontală și pe verticală. Totalul în tabelele statistice poate fi înscris în primul rând și în prima coloană sau în ultimul rând și în ultima coloană, neexistând standarde unificate privind acest criteriu. Atunci când nu dispunem de datele necesare, pentru a le înscrie în căsuțele tabelului se trage o linie orizontală, semn al inexistenței datelor respective, iar când nu cunoaștem datele necesare pentru a fi înscrise într-o căsuță a tabelului, deși ele există, acest lucru se exprimă prin câteva puncte succesive (*tabelul 24*).

4. În tabel sunt prezentați indicatorii relativi sau mediile aritmetice, dar nu datele absolute. Deoarece compararea datelor absolute nu este reprezentativă din punct de vedere statistic, nu putem constitui tabelele, care în special ne permit compararea rapidă din astfel de date. Valorile medii și indicatorii relativi permit efectuarea comparațiilor veridice, deci anume pe acestea le includem în tabele. Excepții servesc cazurile când valoarea fenomenului constituie numere mici (de exemplu 2 cazuri de letalitate), care sunt percepute mai ușor decât valoarea relativă a acestor cazuri unice (0,0002‰). Uneori în tabel pot fi incluse cifrele absolute, dar numaidecât paralel se arată și valoarea relativă a acestei cifre.

Tipuri de tabele statistice. Există în general o mare diversitate de tabele statistice, de la cele mai simple, care au la bază un singur criteriu de clasificare, până la cele mai complexe, care au la bază mai multe caracteristici, depinzând atât de natura materialului cercetat, cât și de ingeniozitatea celui care le întocmește. Este recomandabil însă să nu uităm lucrul cel mai important și anume faptul că tabelul trebuie să redea cu ușurință esențialul. În scop didactic am împărțit tabelele în 3 tipuri:

- tabele pentru clasificarea dichotomică;
- tabele pentru distribuția de frecvențe;
- tabele de corelație.

Tabelele pentru clasificarea dichotomică le utilizăm în situația în care cercetăm fenomenele care se caracterizează prin însușiri sau caracteristici diametral opuse, excluzându-se unul pe altul (*tabelul 25*).

Tabelul 25

Distribuția elevilor din colectivitatea X în anul Y pe sexe, locul de trai și prezența sau absența cariei dentare

<table>
<tr><th>Total</th><th colspan="2">Sex</th><th colspan="2">Domiciliul</th><th colspan="2">Caria dentară</th></tr>
<tr><td rowspan="8">500</td><td rowspan="4">M</td><td rowspan="4">300</td><td rowspan="2">R</td><td rowspan="2">200</td><td>P</td><td>150</td></tr>
<tr><td>A</td><td>50</td></tr>
<tr><td rowspan="2">U</td><td rowspan="2">100</td><td>P</td><td>60</td></tr>
<tr><td>A</td><td>40</td></tr>
<tr><td rowspan="4">F</td><td rowspan="4">200</td><td rowspan="2">R</td><td rowspan="2">150</td><td>P</td><td>100</td></tr>
<tr><td>A</td><td>50</td></tr>
<tr><td rowspan="2">U</td><td rowspan="2">50</td><td>P</td><td>30</td></tr>
<tr><td>A</td><td>20</td></tr>
</table>

„A dichotomiza", în limba greacă, înseamnă a divide, a împărţi în două. De exemplu, populaţia unei colectivităţi, distribuită sau repartizată pe sexe, se împarte în două părţi: de sex masculin şi de sex feminin; după starea de sănătate populaţia poate fi sănătoasă sau bolnavă; după mediu se poate împărţi în populaţie rurală şi urbană; după reacţia la tuberculină (IDR) poate fi pozitivă sau negativă etc.

În cazul utilizării unei astfel de prezentări nu trebuie să admitem mai mult de două, maxim trei dichotomizări, întrucât prin supraaglomerare ele devin confuze, greu de urmărit şi interpretat.

Tabelele pentru distribuţia de frecvenţe le utilizăm atunci când dorim să prezentăm rezultatele grupării după anumite criterii.

Tabele de corelaţie le folosim pentru evidenţierea corelaţiei dintre două fenomene între care în mod logic există o legătură de dependenţă. Aceste tabele (*tabelul 26*)se caracterizează prin aceea că au două variabile: una determinantă (factorială) şi cealaltă determinată (rezultantă). În cazul tabelului de corelaţie valorile înscrise în căsuţele tabelului corespund în acelaşi timp unei anumite grupe de valori a primului fenomen determinant şi unei anumite grupe de valori a celui de al doilea fenomen determinat de primul. Ca atare cele două variabile ale tabelului de corelaţie trebuie să fie împărţite într-un număr egal de grupe de valori pentru ca ele să se coreleze în perechi.

Tabelul 26

Distribuţia bolnavilor cu HTA în funcţie de grupe de vârstă şi valori ale TA

Grupe de vârstă	Valorile TA			
	160-169,9	170-179,9	180-189,9	200-209,9
40-44	5			
45-47		10		
50-54			15	
55-59				20

Exemplu: Încercând să stabilim dacă între vârsta bolnavilor hipertensivi şi valorile TA există sau nu o legătură de dependenţă, utilizăm un astfel de tabel de corelaţie din care una din variabile (factorială) este prezentată de grupa de vârstă, iar cealaltă (determinată sau rezultantă) este prezentată de grupele de valori ale TA.

Se observă o legitate între creşterea valorilor TA şi vârstă, legătură care va fi măsurată printr-un coeficient de corelaţie studiat la capitolul respectiv.

1.12.2. REPREZENTAREA GRAFICĂ A DATELOR STATISTICE

Reprezentarea grafică face posibilă înţelegerea fenomenelor studiate (natalitatea, morbiditatea, mortalitatea) prin diferite semne – simboluri (linii, figuri, puncte etc.).

Graficele sunt folosite pentru a prezenta:

- Dinamica fenomenului.
- Compararea indicatorilor care se referă la unul şi acelaşi timp, dar în obiecte diferite (N.,M., M.).
- Structura fenomenului studiat.
- Dependenţa unor indicatori de alţii.

- Gradul de răspândire a unui anumit fenomen.
- Controlul asupra îndeplinirii obiectivelor planificate.

Rolul graficelor:
- să orienteze utilizatorul în selectarea informaţiilor importante din raportul statistic;
- să dezvolte idei ulterioare şi să le explice;
- să ajute utilizatorul să privească în profunzime problema prezentată în raportul statistic;
- să încurajeze compararea şi analiza informaţiilor.

Graficul este de fapt o hartă care „vorbeşte" direct ochiului şi este foarte eficientă în crearea unei imagini în mintea receptorului.

Principalele componente ale unui grafic sunt (*figura 4*):
1. suprafaţa de reprezentare;
2. suprafaţa graficului mărginită de axe şi cadran;
3. aria graficului;
4. legenda graficului;
5. reţeaua de axe – liniile orizontale şi verticale;
6. etichetele corespunzătoare axelor.

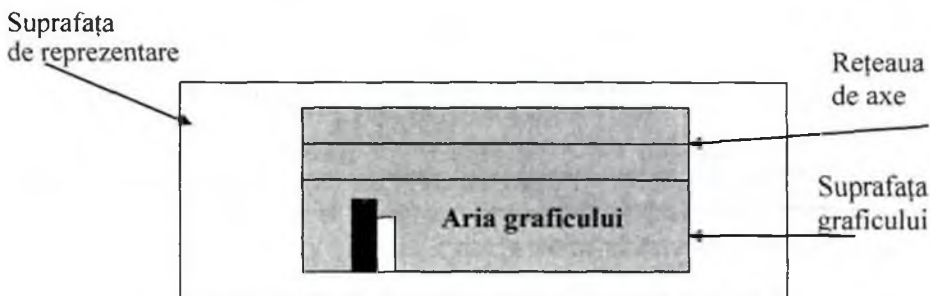


Figura 4. **Componentele principalele ale unui grafic**

1. Suprafaţa de reprezentare este o suprafaţă imaginată ce conţine întregul grafic, incluzând titlul şi textele explicative. În mod normal suprafaţa de reprezentare nu este marcată în nici un fel. Suprafaţa de reprezentare include:
- Titlul graficului;
- Axa verticală Y;
- Eticheta atribuită axei Y (nr. decese la 1 000 n/v);
- Valoarea maximă;
- Valoarea scalei (0, 2, 4 ...18);
- Marcajul care indică limita dintre valorile scalei;
- Valoarea minimă (0);
- Axa orizontală X;
- Suprafaţa graficului;
- Curbe, coloane etc.;
- Legenda;
- Sursa.

2. Suprafaţa graficului este suprafaţa ocupată de grafic fără titlu, valorile scalei etc. Raportul dintre *X* şi *Y* este *X:Y = 1,6 : 1* sau *3 : 5*.

3. Aria graficului este o arie imaginară, care conține desenul propriu-zis (coloane, benzi, curbe etc.).

4. Rețeaua de axe orizontale și verticale. Rețeaua de axe permite citirea graficului cu mai multă ușurință. Axele orizontale se utilizează în cazul reprezentării prin bare verticale, iar axele verticale – prin bare orizontale.

5. Textul. Toate informațiile necesare înțelegerii graficului trebuie incluse **în** suprafața de reprezentare.

6. Titlul și alte texte. Titlul trebuie se descrie într-o formă concisă conținutul graficului:

- grupul descris (sub 5 ani);
- variabile implicate (mortalitate);
- anul / ani la care se referă datele (1993-2000);
- tipul de date (%, ‰ ...); (la 1000 n/v);

Titlul trebuie:

- să fie ușor de citit;
- să înceapă cu informația cea mai importantă.

7. Legenda și etichetele trebuie scrise cu caractere mai mici decât cele folosite pentru titlu.

8. Sursa de proveniență a datelor: axe, scale, marcaje.

Axele sunt reprezentate prin linii drepte. Pentru axa Y textul se plasează deasupra axei. Pentru axa X – sub axă. Valoarea min. a axei Y= 0, valoarea max. trebuie să fie mai mare decât cea mai mare valoare prezentată.

Pentru a facilita citirea graficului axele sunt marcate cu intervale egale, iar marcajele sunt însoțite de valorile corespunzătoare: 1,2, ...5 sau 10,20, ...50 ori zecimale: 0,1, 0,2, ...0,5.

9. Legenda.

Pentru graficele Bare, legenda poate fi inclusă:

- în suprafața graficului;
- sub grafic;
- lateral, în partea dreaptă a graficului.

Pentru Curbe, legenda poate fi inclusă:

- sub suprafața grafică sau în partea dreaptă (când sunt prezente 3-4 curbe);
- deasupra lor: când curbele sunt vizibil distincte și nu se intersectează;
- în afara suprafeței grafice: când curbele sunt apropiate sau se intersectează.

10. Hașurarea și colorarea graficelor.

- Se utilizează 4 sau 5 tipuri de hașurări.
- Accentuarea gradată a intensității hașurilor pornește de la partea superioară a graficului către partea inferioară.
- Nuanțele de culori trebuie aranjate de la cea mai deschisă către cea mai închisă.
- Culorile trebuie aplicate cu economie.
- Este recomandată folosirea unei singure culori cu diferite nuanțe ale acesteia.

Tehnicile de construire a unui grafic:

- Elementul de bază de la care se pornește în construirea unui grafic este sistemul de coordonate (*figura 5*).

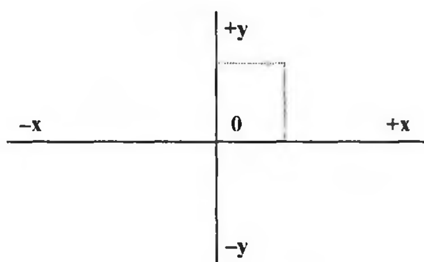


Figura 5. **Sistemul cartezian**

– În mod tradițional axa stângă verticală este numită ordonată, sau axa *Y* şi axa dreapta orizontală – abscisa sau axa *X*.

– Acest sistem de coordonate împarte planul în patru cadrane.

Grafice de frecvență:

Variabile cantitative.

– Polare: histograma, diagrama lui Scatter.

– Diagramele.

Histograma este o reprezentare prin bare alăturate a distribuţiei frecvenţelor. Scala categoriilor variabilei este reprezentată pe axa X prin perioade egale. Scala frecvenţelor este reprezentată pe axa Y şi se împarte în segmente.

Poligonul de frecvență.

Graficul liniar – seria cronologică, dinamică. Istoriograma /cronograma.

Diagramele cu bare – pentru comparații (statică).

Variabile calitative.

- Prin coloane, bare.
- Reprezentarea mai multor fenomene în acelaşi loc şi în acelaşi timp.
- Acelaşi fenomen în mai multe locuri (urban, rural).

Tipuri de grafice.

1. Cu coordonate rectangulare:
   - cu scara aritmetică;
   - cu scara semilogaritmică.
2. Cu coordonate polare (histograma, diagrama lui Scatter).
3. Speciale.

DIAGRAMELE

Diagramele sunt metode de prezentare statistică a informației cu simboluri, utilizând o coordonată.

Tipuri de diagrame.

1. **Diagrame bazate pe lungimi:**
   - cu bare (verticale, orizontale);
   - pictograme.
2. Diagrame de proporții:
   - cu bare;
   - cu discuri.
3. Diagrame cu coordonate geografice.
4. Diagrame speciale.

1.13. ORGANIZAREA CERCETĂRII STATISTICE

Cunoaşterea stării de sănătate a populației necesită o metodologie complexă de cercetare. Noțiunea de **cercetare înseamnă** investigaţia efectuată în vederea cunoaşterii stării sau dinamicii fenomenelor, a distribuției şi determinanților bolii şi sănătăţii în populaţiile umane.

Există 4 etape diferențiale de care trebuie să se țină cont în cadrul oricărei cercetări (*figura 6*).

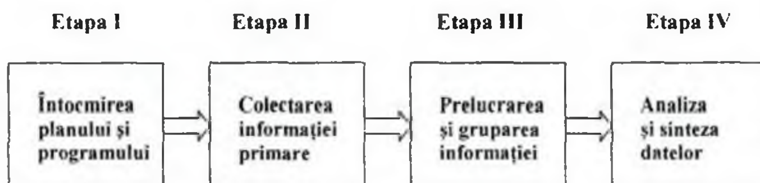


Figura 6. **Etapele cercetării statistice**

I. Întocmirea planului şi programului de studiu.
II. Colectarea informației primare conform planului.
III. Prelucrarea şi gruparea informației.
IV. Analiza şi sinteza datelor obținute.

Etapa I. Întocmirea planului şi programului de studiu. **Planul** constă în fixarea scopului şi a sarcinilor de studiu. **Scopul** studiului trebuie să elucideze unele probleme de sănătate ce urmează să fie testate pe calea observațiilor sau pe cale experimentală.

Sarcinile (premisele, obiectivele) cercetării ştiinţifice trebuie să fixeze verificarea unor ipoteze sau a legăturilor de corelație dintre fenomene.

Obiectul de studiu este compus, mai frecvent, dintr-o colectivitate de bolnavi, de populație, de grupuri profesionale etc. şi o colectivitate de instituții medicale. Obiectul de studiu este compus din unități de studiu cu caracteristicile sale (un pacient, un lucrător, o policlinică etc.).

Delimitarea în volum a colectivității cercetate. Oricare ar fi obiectul de cercetări şi scopul urmărit, este necesară delimitarea ei ca mărime, volum, număr de fenomene, ființe sau lucruri studiate. Delimitarea se face prin observarea unui fenomen demografic sau de morbiditate, fie prin examinarea integrală a unei populații, fie doar parțială.

După ce am apreciat volumul cercetării, determinăm locul (delimitare în spațiu) cercetării şi delimităm timpul în care va avea loc cercetarea. Din acest punct de vedere, cercetarea poate avea un caracter permanent în cazul observărilor sau experimentărilor curente, fie un caracter periodic (ex. recensământul), la anumite intervale de timp, fie un caracter de cercetare de o singură dată.

Programul de studiu prevede:

- Elaborarea suportului de informație – un document-anchetă în care se fixează toate caracteristicile unității de studiu.
- Elaborarea machetelor tabelelor statistice.

Etapa II. Colectarea informației primare conform planului. La această etapă există două cerințe: colectarea se face în bază unitară, după o instrucțiune bine determinată anticipat; trebuie să se facă cât mai puține erori de atenție.

Colectarea informației poate fi efectuată prin mai multe metode:

1. Metoda observației nemijlocite (directe) se utilizează de obicei în clinică, când medicul, după ce precizează anamneza bolnavului, face studiul obiectiv şi investigațiile de laborator ale pacientului, înregistrează în fişă aceste date. Analogic se procedează şi în policlinică, şi la deservirea chemărilor la domiciliu. Dacă cer-

cetătorul statistic vrea să folosească această metodă, el trebuie să fie prezent alături de medic şi să înregistreze datele de care are nevoie.

2. Metoda extragerii informaţiei (indirectă) se efectuează prin culegerea datelor dintr-un formular statistic oficial. Când se efectuează acest lucru, se ţine cont de programul de culegere a informaţiei, unde trebuie să fie indicat concret care este unitatea de evidenţă, semnele ei atributive şi cantitative. Datele privind aceste semne se extrag din documentele medicale şi se notează într-un registru special sau în mai multe fişe, pe fiecare semn aparte. Această metodă se foloseşte des în studiile statistice şi poate fi utilizată de însuşi cercetătorul sau de persoane special instruite.

3. Metoda interviului standard utilizează informaţia prin intermediul unor anchete, anterior pregătite, care includ întrebări speciale, la care respondenţii trebuie să dea răspuns. Această metodă se foloseşte în studiile sociologice, dar poate fi aplicată şi în orice studiu statistic sanitar în îmbinare cu alte metode de culegere a informaţiei. Este foarte important ca întrebările incluse în anchetă să fie formulate clar şi concret, în caz contrar respondenţii nu vor şti ce să răspundă la ele. Totodată ancheta trebuie să fie anonimă, deoarece, în caz contrar, respondentul poate să refuze anchetarea.

Anchetele de informare se utilizează mai ales în cercetările stării de sănătate a populaţiei şi în cercetările epidemiologice. Întrebările din anchetă pot fi de tip:

- deschis, când la întrebare nu se dau variante de răspuns şi respondentul o să-l formuleze singur;
- semideschis, când se dau variante de răspuns, dar se lasă un rând liber pentru expunerea unor opinii personale ale respondentului;
- închis, când la întrebare sunt date 2 şi mai multe variante de răspuns, iar respondentului i se propune să aleagă unul din ele.

Ancheta poate să conţină toate tipurile de întrebări sau numai 1–2; trebuie să fie nu prea voluminoasă ca să nu-l plictisească pe respondent. La anchetă, de obicei, se anexează o instrucţiune în ceea ce priveşte comportamentul respondentului la completarea ei.

Din punctul de vedere al scopului urmărit sunt mai multe tipuri de anchete:

1. De tip transversal – urmăreşte scopul de a determina structura, la un moment dat, a unor fenomene observate în grupul de populaţie studiat. Anchetarea de acest tip se repetă, de obicei, la anumite perioade (starea de sănătate, prevalenţa unor boli cronice etc.).

2. De tip longitudinal – permite de a studia în dinamică unele fenomene. De exemplu, incidenţa morbidităţii unor boli cu o mare variabilitate în timp (bolile infecţioase). Aceste anchete, la rândul lor, pot fi prospective şi retrospective.

Cele prospective sunt mai avantajoase sub aspectul cunoaşterii decât cele retrospective, deoarece permit stabilirea unui plan de cercetare dorit în condiţiile fixate de cercetător.

Cele retrospective sunt mai uşor de efectuat, fiindcă se ia o perioadă dinamică şi datele despre incidenţa sau prevalenţa morbidităţii ne permit să determinăm precis pe cine să interogăm.

3. De tip epidemiologic – permite de a studia în mod obligatoriu loturi de persoane în paralel cu loturi martor şi astfel se pot determina corelaţiile cauzale multifactoriale ale morbidităţii. Aceste anchete sunt detalizate la capitolul respectiv.

Etapa III. Prelucrarea şi gruparea informaţiilor. Informaţia colectată primar urmează a fi prelucrată prin intermediul unui computer şi a programelor specializate. Prelucrarea constă din următoarele momente:

Verificarea cantitativă şi calitativă – verificarea logică a datelor. Prin verificarea cantitativă se are în vedere inventarierea lucrărilor rezultate din cercetare, a înregistrării corecte în fişe, buletine etc.; prin cea calitativă – verificarea logică a datelor (confruntând de ex. vârsta, sexul cu diagnozele etc.) pentru a descoperi anumite incompatibilităţi. În cazul studierii morbidităţii se poate verifica dacă diagnosticul este corect înregistrat şi nu este doar un diagnostic simptomatic. Tot ceea ce este ieşit din comun, mult „dispersat" faţă de o valoare „medie" a coeficienţilor respectivi trebuie verificat din nou cu atenţie, pentru a găsi eventuale erori survenite fie în etapa de cercetare propriu-zisă, fie cu ocazia înregistrării.

Codificarea generală şi codificarea medicală – notarea cu un „cifru", sau mai corect „cod" a tuturor caracteristicilor. Codificarea generală şi medicală diferă doar prin natura caracteristicilor, ultima utilizându-se în cazul codificării bolilor, deceselor, intervenţiilor chirurgicale etc. Codificarea medicală se efectuează după Clasificarea Internaţională a Maladiilor elaborată de OMS, în prezent revizia a X-a.

Gruparea – împărţirea materialului obţinut în cercetare după caracteristici cantitative şi calitative şi poate fi:

simplă – când colectivitatea cercetată se analizează după o singură caracteristică: sex sau grupe de vârste, boli etc. În general ea serveşte nu atât la aprofundarea corelativă a fenomenelor studiate, cât mai mult la cunoaşterea detailată a unei caracteristici tipice pentru fenomenul respectiv;

complexă (combinată) – se efectuează în baza mai multor caracteristici de grupare şi are ca scop studiul corelativ al obiectului cercetării. Astfel de exemple sunt: structura morbidităţii pe medii (urban, rural), judeţe, sexe şi grupe de vârstă etc.;

repetată – scindarea sau reunirea grupelor obţinute după alte caracteristici de grupare în vederea unei analize mai aprofundate, respectiv unei sinteze generale.

Calcularea indicatorilor relativi şi valorilor medii, a dispersiilor, a erorilor, compararea, testarea diferenţelor.

Etapa IV. Analiza şi sinteza datelor obţinute. Analiza trebuie să scoată în evidenţă structura şi dinamica fenomenelor cercetate, tendinţa acestor fenomene, legăturile funcţionale de cauzalitate, ritmul de apariţie, dezvoltare şi stingere.

Sinteza constă în generalizarea rezultatelor, analizate în mod complex, compararea lor, evidenţierea legăturilor cauzale, descoperirea legităţilor existente în cadrul fenomenului studiat, efectuarea concluziilor şi propunerilor pentru implementarea în practică.

APLICAREA METODELOR EPIDEMIOLOGICE DE STUDIU ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ

2.1. ISTORIC. ASPECTE GENERALE

Primele elemente de epidemiologie le putem găsi în Biblie şi în scrierile lui Hipocrate. Hipocrate afirmă în „Aforisme" şi în „Miasme, ape, lacuri" că apariţia îmbolnăvirilor este influenţată de factori aparţinând mediului de viaţă al colectivităţilor umane.

În 1662 John Graunt pune bazele aplicării statisticii în medicină.

Prima aplicaţie a epidemiologiei în Sănătatea publică este reprezentată în lucrarea lui Frank despre fundamentarea politicii de sănătate din Imperiul Habsburgic (sec. XVIII).

Jeims Lind reuşeşte să demonstreze prin metode epidemiologice, în anii 1747-1753, că scorbutul nu este o maladie transmisibilă, ci una carenţială netransmisibilă.

Numai la mijlocul sec. XIX s-a înregistrat reluarea amplă a ideii lui Hipocrate, caracterizată prin determinări ale distribuţiei îmbolnăvirilor în anumite grupuri de populaţie umană. Studiile lui John Snow asupra epidemiei de holeră din Londra în perioada anilor 1852 – 1853 au demonstrat corelarea riscului de holeră cu consumul de apă improprie. Cercetările lui Snow marchează începuturile epidemiologiei moderne şi ele au certificat necesitatea implicării studiilor fizice, chimice, biologice, sociologice şi politice în epidemiologie.

Contemporanul lui J. Snow, W. Farr, realizează prima clasificare a bolilor (1885).

J. Goldberger evidenţiază asocierea dintre pelagră şi consumul de făină de porumb, într-o vreme în care această boală era suspectată a avea origine infecţioasă (1914).

Epidemiologia modernă recunoaşte încă un moment fundamental în dezvoltarea sa, reprezentat de studiile lui Doll şi Hill în anii 1950 privind corelaţia dintre fumatul de ţigarete şi cancerul pulmonar. Ele au marcat şi începuturile epidemiologiei bolilor cronice.

În 1958, Lee stabileşte şi demonstrează asociaţia dintre hipertensiunea arterială şi funcţiile de conducere. În 1953, Moris a scos în evidenţă legătura dintre afecţiunile coronariene şi profesiunile cu caracter activ (munci fizice) şi cele cu caracter sedentar. Trăsătura distinctivă a epidemiologiei bolilor cronice (nontransmisibile) faţă de epidemiologia bolilor transmisibile este aceea că ea caută să stabilească factorii de risc; aceşti factori nu sunt în mod obligatoriu factori cauzali, ci sunt oricare din factorii care au intervenit, determinând sau favorizând îmbolnăvirea.

Din suita de factori care acţionează simultan sau succesiv sunt semnificativi doar aceia care ar putea fi jugulaţi pentru a întrerupe lanţul patogenic. Deci, în epidemiologia bolilor nontransmisibile nu vorbim de „cauze", ci de factori de risc,

Tabelul 27

CORELAȚIA : BOLI – FACTORI DE RISC

Factori de risc	Boala coronariană	Boala cerebro-vasculară	Cancer	BROC	Diabet	Ciroză	Malformații
Tutun	X	x	X	x	x		x
Alcool			X			x	x
Colesterol	X	x	X		x		
Hipertensiune	X	x			x		
Alimentație	X	x	X		x	x	x
Obezitate	X	x	X	x	x		
Sedentarism	X	x		x	x		
Stres	X		X		x		
Medicamente			X		x	x	x
Profesie	X	x	X	x	x	x	x
Mediu	X		X	x	x		x
Societate	X	x	X	x	x	x	x

noțiune mult mai largă, care înglobează, pe lângă factorii cauzali, de obicei necunoscuți, ca fiind cauza bolii, și alți factori care contribuie la producerea îmbolnăvirii (*tabelul 27*).

Factorii de risc sunt acei factori de mediu care influențează negativ starea de sănătate. Legat de această noțiune, riscul se definește ca fiind totalitatea condițiilor sau circumstanțelor de ordin medical sau de altă natură care ar putea prezenta un pericol pentru sănătate și care situează individul sau grupul uman asupra căruia acționează într-o poziție de inferioritate față de alți indivizi sau alte colectivități identice.

Există factori de mediu care influențează pozitiv starea de sănătate (pot determina o dezvoltare fizică mai bună, pot să scadă frecvența îmbolnăvirilor, să mărească speranța de supraviețuire) și sunt numiți în epidemiologie „factori de protecție". Există și altă categorie de factori, a treia, așa-numiții factori indiferenți, care nu au nici o acțiune asupra stării de sănătate.

2.2. EPIDEMIOLOGIE. DEFINIȚIE, OBIECTIVE, DOMENII DE APLICARE

Cuvântul *epidemiologie* provine de la cuvintele grecești *epi*, ceea ce în traducere înseamnă *despre*, *demos – popor*, *populație și logos – studiul, știința*. Astfel spus epidemiologia este știința care studiază procese la nivel populațional.

Prezumpțiile fundamentale ale epidemiologiei sunt:

– bolile nu apar din întâmplare;
– bolile sunt cauzate de factori care pot fi preveniți.

Definiția epidemiologiei a fost dată de savantul J. Last : ***Epidemiologia*** este studiul distribuției determinanților stărilor și evenimentelor legate de sănătate în

anumite populații, precum și aplicarea rezultatelor studiului în controlul problemelor de sănătate (1988).

Grupurile populaționale și nu individul constituie obiectul preocupărilor epidemiologice.

Acestea pot fi:

- populația-țintă, de referință (de exemplu, populația care locuiește într-un teritoriu delimitat);
- un grup particular de bolnavi (epidemiologia clinică).

Obiectivele epidemiologiei:

1. Descrierea distribuției bolilor sau a factorilor de risc în populație.
   a) Descrierea distribuției bolilor sau a factorilor de risc în funcție de caracteristicile personale ale indivizilor grupului uman luat în studiu.
   b) Descrierea tendințelor sau a evoluției temporale a bolilor sau a factorilor de risc în populație.

1. Explicarea etiologiei bolilor sau a modului de transmitere a acestora. Dovedirea existenței unor relații dintre factorii explicativi și rezultatele pe care le generează acești factori (factor de risc – boală).

2. Predicția în legătură cu numărul probabil al bolilor dintr-o populație dată și cu caracterul distribuțiilor bolilor în acea populație.

3. Fundamentarea programelor de prevenire și combatere a bolilor într-o populație dată, prin ameliorarea serviciilor de sănătate.

Din cele patru obiective, ultimele două au un caracter practic, ceea ce a făcut ca, în ultimii 20-30 de ani, epidemiologia să fie foarte modernă în toate țările: în cele în curs de dezvoltare – pentru bolile infecto-parazitare, în țările dezvoltate pentru bolile nontransmisibile.

Epidemiologia are două domenii de aplicare:

1. în sănătatea publică;
2. în medicina clinică (epidemiologia clinică).

Aplicarea epidemiologiei în sănătatea publică.

1. Clasificarea bolilor. Bolile sunt codificate după un sistem în funcție de caracteristicile lor (de exemplu: bolile aparatului cardiovascular, bolile aparatului respirator) și după modul lor de producere (accidente).
2. Descrierea tabloului real al bolii în populație.
3. Determinarea frecvenței factorilor de risc.
4. Descrierea și explicarea modelelor de morbiditate și mortalitate.
5. Depistarea și supravegherea de masă a bolilor.
6. Prevenirea și controlul comunitar al bolilor.
7. Planificarea sanitară și promovarea acțiunilor de sănătate.
8. Evaluarea acțiunilor, procedeelor și serviciilor de sănătate.

Aplicarea epidemiologiei în medicina clinică.

1. Descrierea istoriei naturale a bolii.
2. Determinarea valorilor normale.
3. Completarea tabloului clinic și identificarea de sindroame noi.
4. Studiul etiologiei bolilor.
5. Ameliorarea perspectivelor clinice (ameliorarea eficacității intervenției prin evaluarea procedeelor diagnostice și terapeutice).

6. Evaluarea tehnologiilor medicale vechi şi noi.
7. Studiul prognosticului bolii.
8. Citirea critică a literaturii de specialitate.

2.3. NIVELELE CERCETĂRII EPIDEMIOLOGICE

Cercetarea epidemiologică este diferenţiată pe două niveluri:
I. Nivelul cunoaşterii (explicaţiei) – cercetarea fundamentală.
II. Nivelul intervenţiei (acţiunii) – cercetarea aplicativă.

Nivelul cunoaşterii are patru etape:

- etapa I-a – iniţierea procesului epidemiologic;
- etapa a II-a – iniţierea procesului patologic ca urmare a acţiunii factorilor etiologici. Procesul patologic evoluează ajungându-se la boala care poate fi depistată clinic sau prin examene de laborator;
- etapa a III-a – depistarea clinică a bolii;
- etapa a IV-a – supravegherea bolii.

Nivelul intervenţiei, evident, are următoarele componente:

- profilaxia primordială - modificarea distribuţiei factorului de risc;
- profilaxia primară – evitarea iniţierii şi declanşării procesului patologic;
- profilaxia secundară – evitarea depistării tardive a bolii;
- profilaxia terţiară – evitarea urmărilor nefaste ale bolii (incapacitate, invaliditate, handicap, deces).

2.4. METODELE DE CERCETARE UTILIZATE ÎN EPIDEMIOLOGIE

Caracteristicile metodelor folosite de epidemiologie:

- empirică
- numerică
- probabilistică
- comparativă.

Metodele utilizate în epidemiologie:

- Sistemul curent de informaţii sanitare
- Metoda biostatistică
- Eşantionajul
- Metode speciale de definire şi determinare a loturilor de studiu
- Tehnici de măsurare a riscurilor
- Standardizarea etc.

Cauzalitatea în conceptul epidemiologic este de fapt o asociaţie sau o legătură de ordin terţiar sau secundar. Verificarea cauzalităţii se face sub aspect logic, prin câteva procedee: prin studiul geografic, prin stabilirea coerenţei cu noţiunile teoretice şi datele experimentale şi prin măsura forţei asocierii.

Studiul cronologic al factorului de risc şi al îmbolnăvirii: ar trebui ca variaţiile în timp ale factorului de risc şi ale îmbolnăvirii să fie asemănătoare. Exemplu: dacă schimbările meteorologice au legătură cu decesele prin infarct miocardic, ar trebui ca şi curbele fenomenelor meteorologice să fie concordante cu curba deceselor prin această afecţiune. Aşa se întâmplă şi în realitate, vârfurile de curbă ale fenomenelor meteorologice coincid în timp cu frecvenţa mai crescută a deceselor prin infarct mi-

ocardic. Problema nu este totdeauna atât de simplă pentru că în marea lor majoritate bolile au o perioadă de latenţă şi se pot constata suprapuneri ale curbei factorului de risc şi a îmbolnăvirii (exemplu: alimentare – ateroscleroză).

Studiul geografic urmăreşte concordanţa factorului de risc în diverse teritorii cu variaţiile bolii în aceleaşi teritorii. Exemplu: s-a verificat existenţa unei asocieri strânse între poluarea radioactivă a mediului – cuantificată prin prezenţa stronţiului radioactiv în lapte şi mortalitatea infantilă endogenă în unele zone din ţările Americii şi în Europa.

Coerenţa cu noţiunile teoretice şi datele experimentale: de multe ori găsim variaţii paralele între doi factori în timp sau geografici. Trebuie dovedit că există o legătură logică între ei. Exemplu: creşterea cantităţii de tutun vândut în Marea Britanie între anii 1910 şi 1950 şi creşterea asemănătoare a mortalităţii prin cancer bronhopulmonar în aceeaşi ţară.

Măsura forţei asocierii: cu cât un factor asociat este mai frecvent întâlnit în totalitatea fenomenului, cu atât se poate considera că asocierea e mai strânsă. Această măsură se face însă numai după ce cauzalitatea a trecut prin cele trei probe: timp, spaţiu, coerenţă.

A face epidemiologie de boli nontransmisibile înseamnă a elabora şi verifica ipoteze epidemiologice. Elaborarea ipotezelor se efectuează prin una din următoarele trei metode: metoda concordanţelor, metoda diferenţelor şi metoda analogiei.

Metoda concordanţelor porneşte de la constatarea existenţei unei relaţii directe sau inverse dintre factorul de risc şi efectul lui (boală, deces). Exemple: 1) cu cât fumatul este mai frecvent într-o populaţie, cu atât anumite boli sunt mai frecvente (relaţie directă); 2) cu cât concentraţia de fluor în apă de băut este mai mică, cu atât frecvenţa cariei dentare este mai mare (relaţie inversă).

Metoda diferenţelor constă în sesizarea varietăţilor privind apariţia îmbolnăvirilor în diferite grupuri de populaţie. De exemplu: cancerul de col uterin diferă ca frecvenţă la multipare (mai frecvent) faţă de nulipare, de unde şi ipoteza unei posibile legături între numărul mare de naşteri şi cancerul de col.

Metoda analogiei se bazează pe stabilirea unei analogii între factorii de risc şi efect. Exemplu: cancerul bronhopulmonar este mai frecvent la bărbaţi: bărbaţii fumează mai intens. De aici ipoteza legăturii dintre cantitatea de tutun şi frecvenţa cancerului bronhopulmonar.

Principalele tipuri de investigaţii epidemiologice sunt:

- anchetele epidemiologice descriptive;
- anchetele epidemiologice analitice;
- anchetele epidemiologice experimentale.

Anchetele epidemiologice descriptive pun în evidenţă variaţiile distribuţiei bolilor în populaţie şi a factorului de risc în funcţie de variaţia unor caracteristici de timp, de spaţiu şi de persoană. Anchetele descriptive servesc la elaborarea ipotezelor, fără a putea să le verificăm, şi răspund la întrebările: când se produce fenomenul, unde şi la cine?

Anchetele epidemiologice analitice verifică analitic, la nivel individual, rolul factorului de risc sau al factorului de protecţie şi răspund la întrebările: Cum şi de ce se reduce fenomenul?

Studiile epidemiologice experimentale controlează practic, cu supliment de verificare, ipoteza elaborată descriptiv şi verificată analitic.

2.5. METODOLOGIA ANCHETELOR DESCRIPTIVE

Obiectele epidemiologiei descriptive, formulate de J. Mausner şi A. Bahh, sunt:

1) permiterea evaluării tendinţelor în starea de sănătate şi a comparaţiilor între ţări şi între subgrupuri în interiorul ţărilor;
2) fundamentarea planificării sanitare şi a evaluării serviciilor de sănătate;
3) identificarea problemelor de studiere prin metode analitice şi stabilirea celor mai potrivite zone pentru efectuarea cercetării.

Anchetele descriptive pun în evidenţă existenţa într-o populaţie a unor maladii şi a unor factori de risc, permiţând elaborarea ipotezelor epidemiologice, dar nu permit cunoaşterea existenţei la acelaşi individ atât a factorului de risc, cât şi a efectului (boală sau deces). Exemplu: dacă într-un teritoriu a crescut în decurs de 30 de ani vânzarea de tutun, şi, în aceeaşi perioadă, în proporţii oarecum asemănătoare, a crescut şi mortalitatea prin cancer bronhopulmonar, putem formula ipoteza că fumatul reprezintă un factor de risc pentru neoplasmul pulmonar. Studiul descriptiv nu ne permite, însă, să ştim dacă indivizii care au fumat au decedat prin cancer pulmonar sau, invers, dacă decedaţii prin această boală au fumat. Dovadă: nu toţi fumătorii fac cancer pulmonar şi nu toate persoanele decedate prin această afecţiune au fumat.

În plus, datele provin din surse diferite (cele privind creşterea consumului de tutun provin de la reţeaua comercială, iar cele privind mortalitatea prin cancer bronhopulmonar – din statistica medico-sanitară) şi nu sunt obţinute după o metodologie elaborată de specialişti (medici,cercetători), ci după raportări curente ale celor două organisme.

Colectarea datelor într-un studiu descriptiv.

Pentru a obţine datele medicale într-un studiu epidemiologic descriptiv există 2 direcţii principale:

1) prelucrarea datelor din statistica sanitară curentă,
2) efectuarea de anchete medicale de masă.

În afară de datele medicale, de multe ori sunt necesare şi date referitoare la populaţie – pe care le obţinem fie din statistica demografică, fie direct de la organele locale ale puterii de stat – date economico-sociale – preluate din anuarele statistice, de la organele comerciale etc.

Este ştiut faptul că simpla prezentare cifrică a unor date de morbiditate sau mortalitate, chiar dacă are o valoare pentru stabilirea unor necesităţi locale, nu poate fi utilizată ca atare în studiu.

Exemplu: dacă într-o localitate sunt în evidenţă 8 bolnavi de cancer, aceasta poate servi doar pentru a planifica necesarul de medicamente pentru îngrijirea lor o anumită perioadă de timp. Din punct de vedere epidemiologic este necesar să cunoaştem anul în care au fost puşi în evidenţă cei 8 bolnavi, iar pentru studii mai amănunţite, să ştim vârsta bolnavilor, sexul, profesia şi structura populaţiei localităţii pe aceleaşi criterii. Având toate aceste date, se calculează o serie de indici în care se raportează numărul de bolnavi – total sau pe sexe, pe vârste etc. – la populaţia din care ei provin.

În epidemiologie lucrăm cu cele patru categorii de indici cunoscuţi: indici intensivi, extensivi, de raport şi demonstrativi. Caracteristicile asociative care se studiază la anchetele epidemiologice descriptive sunt: de persoană, de loc şi de timp.

Ipotezele epidemiologice trebuie verificate prin anchete epidemiologice analitice, în cadrul cărora, pe baza unei metodologii elaborate de cercetător (medic, epidemiolog), se caută la fiecare individ dintr-o populaţie (sau eşantionul de populaţie) existenţa factorilor de risc şi a efectului (boală sau deces). Reluând exemplul anterior, vom afla ce proporţie de fumători au făcut cancer bronhopulmonar şi ce proporţie de nefumători au contractat boala sau, după o altă modalitate de abordare, care este proporţia fumătorilor în rândul bolnavilor de cancer bronhopulmonar şi care este proporţia fumătorilor într-un grup de persoane similar, dar fără a avea această boală. Dacă proporţiile diferă sau nu între ele, se poate considera verificată sau nu ipoteza epidemiologică elaborată prin ancheta descriptivă.

În multe raporturi găsim că este de aşteptat să se producă saltul strict necesar al trecerii de la anchetele descriptive la cele analitice, singurele în măsură să dovedească relaţiile epidemiologice şi să dea astfel obiectivitate strategiilor sanitare.

În realizarea anchetelor epidemiologice analitice se utilizează două căi principale (uneori combinate): studiul prospectiv şi studiul retrospectiv al relaţiilor dintre factorul de risc şi îmbolnăvire.

Noţiunile de prospectiv şi retrospectiv nu se referă la momentul efectuării anchetei epidemiologice în raport cu fenomenul studiat, ci la momentul acţiunii factorului de risc.

2.6. ANCHETE EPIDEMIOLOGICE PROSPECTIVE

În anchetele epidemiologice prospective (A.E.P.) cercetarea începe fie înainte de a acţiona factorul de risc, fie după acţiunea şi se urmăresc subiecţii un timp suficient pentru a putea să apară efectul (boală sau deces).

În funcţie de momentul acţiunii factorului de risc anchetele prospective se împart în două tipuri.

Anchetele prospective de tip 1: se ia în observaţie un lot de subiecţi – aleşi aleator din populaţie – şi se aşteaptă să acţioneze asupra lor factorul de risc. Lotul se autoîmparte, deci, într-un lot de studiu, asupra căruia a acţionat factorul de risc X şi un lot martor, care nu a fost supus acţiunii factorului de risc. Cele două loturi autoconstituite fără intervenţia cercetătorului vor fi urmărite până la apariţia efectului „M" (boală sau deces) şi se vor compara proporţiile persoanelor din lotul de studiu şi lotul martor la care a apărut efectul. Schematic, anchetele prospective de tip 1 pot fi reprezentate ca în *figura 7.*

Se observă că în acest tip de anchete toate loturile sunt aleatorii: şi eşantionul iniţial, şi loturile de studiu martor, şi grupurile de bolnavi şi nonbolnavi. În acest tip de anchetă, toate loturile fiind aleatorii, nu se produce nici o eroare. Rezultatele vor fi prelucrate prin metode epidemiologice – calculând riscul relativ şi atribual (vezi mai departe) şi biostatistic (teste de semnificaţie).

Exemplu: presupunem că dorim să cunoaştem influenţa rujeolei asupra produsului de concepţie. Într-o anchetă epidemiologică prospectivă de tip 1, va trebui să selectăm un grup suficient de mare de gravide, luate sub observaţie la începutul sarcinii. O parte dintre ele se vor îmbolnăvi de rujeolă în primul trimestru al sarcinii şi se vor autoconstitui în lot de studiu, celelalte fiind lotul martor. Se aşteaptă până la finele sarcinii şi se consemnează numărul de copii cu malformaţii congenitale născuţi de gravidele din cele două loturi (*figura 8*).

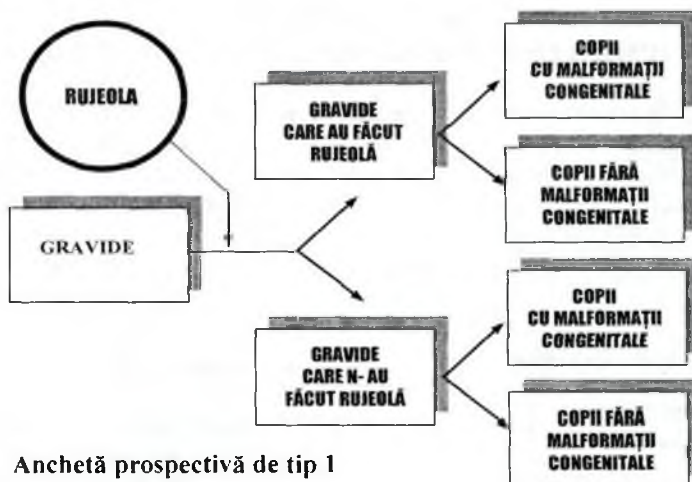


Figura 7. **Anchetă prospectivă de tip 1 (exemplu)**

2.7. ANCHETE EPIDEMIOLOGICE PROSPECTIVE DE TIP 2

În aceste anchete se iau în studiu de la început un lot de subiecţi expuşi la factorul de risc „X" şi un lot martor de neexpuşi şi se aşteaptă un timp suficient pentru apariţia efectului „M" (boală sau deces).

În acest tip de anchetă loturile nu mai sunt autoconstituite, aici a intervenit cercetătorul care le-a selectat, aleatorii rămânând numai distribuţiile bolnavilor şi nonbolnavilor. Schematic, anchetele epidemiologice prospective de tip 2 pot fi reprezentate ca în *figura 8.* De exemplu: reluăm aceeaşi problemă – cunoaşterea influenţei rujeolei asupra produsului de concepţie. În anchetele prospective de tip 2 vom lua în studiu un lot de gravide trecute de luna a III-a de sarcină şi care au avut rujeolă în primul trimestru al sarcinii (lotul de studiu) şi un lot martor de gravide peste luna a III-a care nu au avut boală. Se aşteaptă până la finele sarcinii şi se înregistrează numărul de cazuri cu malformaţii congenitale născuţi de gravidele din cele două loturi şi se calculează riscul relativ şi atribuabil.

În ancheta epidemiologică prospectivă de tip 1 nu trebuie să alegem un lot martor, fiindcă persoanele anchetei se împart singure în două loturi. În ancheta prospectivă de tip 2 trebuie să selectăm un lot martor.

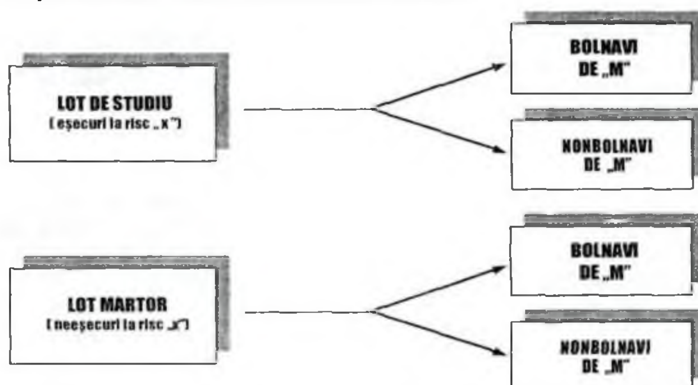


Figura 8. **Anchetă prospectivă de tip 2 (schemă)**

2.8. ANCHETE EPIDEMIOLOGICE ANALITICE RETROSPECTIVE

În acest tip de anchetă (numite de Schwarts şi Rougete anchete de tip 3 (*figura 9*) este controlată de către cercetător distribuţia bolii: se aleg de la început loturi de bolnavi şi nonbolnavi, rămânând aleatorie distribuţia după factorul de risc X; se caută să se afle prin anamneză sau prin consultarea documentelor medicale existente dacă asupra subiecţilor din cele două loturi a acţionat sau nu factorul de risc. În anchetele retrospective riscul nu se poate calcula (ca în anchetele prospective), ci doar se estimează.

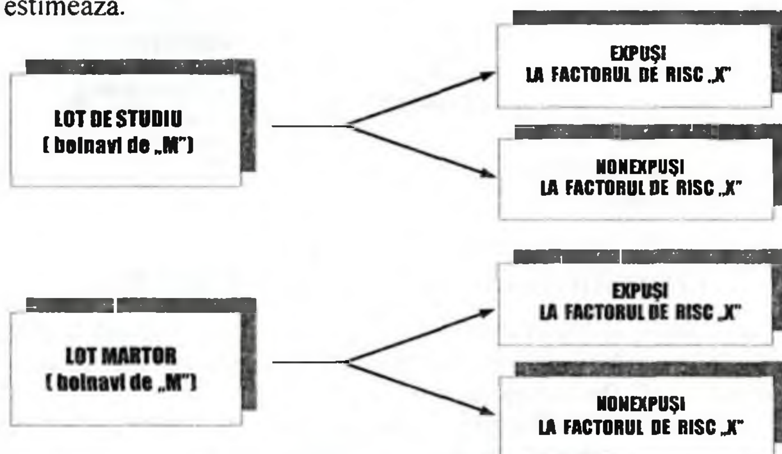


Figura 9. **Anchetă retrospectivă de tip 3 (schemă)**

Exemplu: La întrebarea privind influenţa rujeolei asupra produsului de concepţie putem răspunde şi printr-o anchetă retrospectivă: se ia un lot de cazuri cu malformaţii congenitale şi un lot martor asemănător primului lot din toate punctele de vedere (sex, vârstă etc.), dar fără malformaţii congenitale şi se află din anamneza mamelor sau consultând documentele medicale câte din ele au avut rujeolă în primul trimestru de sarcină (*figura 10*).

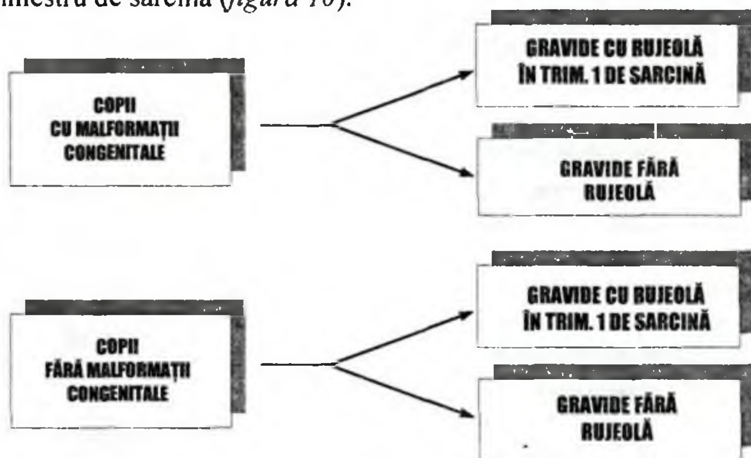


Figura 10. **Anchetă retrospectivă de tip 3 (exemplu)**

Mult mai rar se utilizează anchetele retrospective de tip 1 (*figura 11*) în care se selectează un eşantion din populaţie supus unui examen medical, în urma căruia se autoselectează un lot de studiu format din indivizi care prezintă boala „M" şi un lot martor fără boala „M". La cele 2 loturi autoselecţionate se caută prin anamneză sau în documentele medicale existenţa în antecedente a factorului de risc „X".

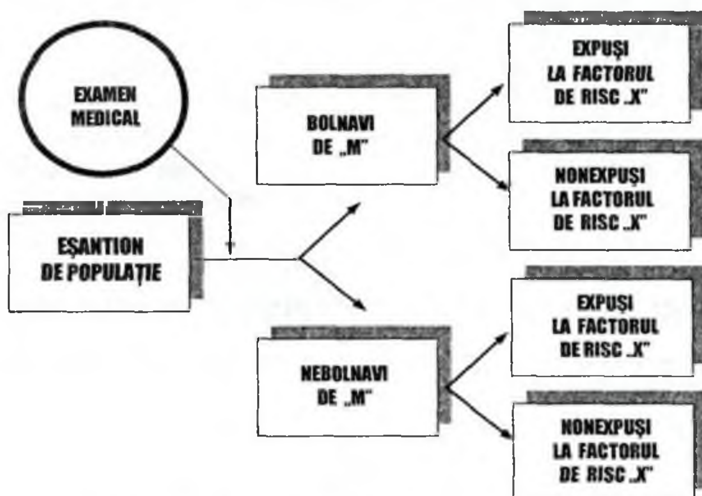


Figura 11. **Anchetă retrospectivă de tip 1 (schemă)**

Exemplu: La aceeaşi întrebare din exemplul anterior se poate răspunde şi prin efectuarea unei anchete retrospective de tip 1: se selectează un eşantion de nou-născuţi, care vor fi supuşi unui examen medical, după care se autoconstituie un lot de studiu – copii cu malformaţii congenitale, şi un lot martor – copii fără malformaţii congenitale. Se caută în antecedentele mamelor acestor copii dacă a existat sau nu îmbolnăvirea de rujeolă în trimestrul I al sarcinii.

Alegerea tipului de anchetă epidemiologică analitică

Pentru a alege ce tip de anchetă se va efectua, se au în vedere:

- frecvenţa bolii în populaţie;
- frecvenţa probabilă a expunerii la risc;
- avantajele şi dezavantajele diverselor tipuri de anchete epidemiologice.

În ceea ce priveşte frecvenţa bolii în populaţie, trebuie de remarcat că dacă boala pe care o studiem are o frecvenţă mică, sunt prevăzute şi preferate anchetele epidemiologice de tip 3, care ne permit să selectăm un lot de bolnavi suficient de mare pentru a putea să formulăm concluzii întemeiate. Dacă am efectua o anchetă prospectivă, s-ar putea ca la sfârşitul perioadei de studiu să nu fi apărut nici un caz de boală la acele loturi(de expuşi şi nonexpuşi la factorul de risc) sau să apară atât de puţine cazuri încât să nu se poată trage nici un fel de concluzii referitoare la legătura dintre factorul de risc şi boală.

De asemenea, nu sunt indicate anchetele retrospective de tip 1.

Invers, dacă boala este destul de frecventă, se pot elabora anchete epidemiologice prospective.

Dacă frecvenţa expuşilor la risc este foarte mică, nu se vor efectua anchete prospective de tip 1, deoarece la trecerea perioadei în care ar fi trebuit să acţioneze factorul de risc este posibil ca lotul de studiu care se autoconstituie să fie prea mic sau chiar inexistent. In acest caz se vor prefera anchetele prospective de tip 2, în care cercetătorul selectează de la început loturi suficient de mari de expuşi şi nonexpuşi la risc. De asemenea, vor fi evitate anchetele retrospective din aceleaşi motive.

Invers, dacă frecvenţa expuşilor la risc este mare, sunt de preferat anchete prospective de tip 1, care furnizează cele mai corecte rezultate.

Deci, anchetele prospective de tip 1 se recomandă atunci când factorul de risc acţionează asupra unei proporţii mari din populaţie. Dacă frecvenţa expuşilor la risc este mică, se preferă anchete prospective de tip 2; când frecvenţa bolii în populaţie este mică, se indică efectuarea anchetelor retrospective de tip 3.

2.9. AVANTAJELE ŞI DEZAVANTAJELE DIFERITOR TIPURI DE ANCHETE EPIDEMIOLOGICE ANALITICE

Anchete prospective.

Avantajele:

- se poate urmări direct modul în care acţionează factorii de risc pe tot parcursul studiului şi efectul lor asupra sănătăţii;
- permit evaluarea directă a riscului relativ atribual;
- există mai puţine riscuri de concluzii false sau inexacte (inexactităţile datorate erorilor sistematice, denumite în mod curent cu termenul „biais", şi nesistematice – sunt mai frecvente în studiile retrospective);
- cei expuşi şi nonexpuşi la factorul „X" sunt selectaţi înainte de a se cunoaşte efectul „M", deci măsura riscului nu este „biais" – determinată de prezenţa bolii.

Dezavantajele:

- durata mare, uneori durează mai mulţi ani;
- necesită un mare număr de subiecţi, dificil de urmărit timp îndelungat;
- pot apărea modificări în timp ale dimensiunii şi structurii loturilor (prin plecarea persoanelor din localitate sau din zona studiată, prin deces, prin refuzul de a mai colabora la anchetă; aceste evenimente nefiind egale în cele două loturi la sfârşitul perioadei de studiu, mai ales dacă aceasta este lungă, cele două loturi vor fi atât de diferite structural şi numeric, încât nu se vor mai putea obţine nici un fel de rezultate);
- modificarea în timp a criteriilor de diagnostic şi definiţia bolilor;
- costul anchetelor prospective este de obicei foarte ridicat;
- dificil de repetat.

Anchete retrospective.

Avantajele:

- durata mică a studiului;
- numărul mic de subiecţi necesar pentru studiu;
- cost scăzut;
- aplicabile la boli rare;
- facilitatea efectuării studiului;
- permit analiza mai multor factori;
- permit repetarea studiului.

Dezavantajele :

- nonrăspunsul care poate ține de dorința persoanelor anchetate de a colabora sau nu, de cunoașterea problemei cercetate și de memorie;
- documentele medicale consultate pot fi adeseori incomplete;
- dificultatea de a constitui un grup martor acceptabil;
- ancheta se referă de cele mai multe ori la persoanele în viață, sau decedați recent de boala „M" pe care o studiem care au avut, probabil, forme mai grave ale bolii și, în același timp, o expunere mai intensă sau prelungită la factorul de risc;
- nu permite măsurarea directă, ci doar estimarea prin metode matematice a riscului bolii sau riscului relativ și numai în anumite condiții;
- erorile sistematice („biais") și nesistematice (aleatorii) pot apărea mai frecvent decât în studiile prospective.

Loturile studiate în anchetele epidemiologice.

În anchetele prospective de tip 1 se selectează un eșantion din populație, după metodologia de eșantionaj; în continuare, așa cum s-a arătat, loturile de studiu și martor și grupurile de bolnavi și nonbolnavi se autoconstituie.

În anchetele prospective de tip 1 se selectează un eșantion din populație, după metodologia de eșantionaj; în continuare, așa cum s-a arătat, loturile de studiu și martor și grupurile de bolnavi și nonbolnavi se autoconstituie.

În anchetele prospective de tip 2 se selectează conform regulilor eșantionajului un lot de persoane expuse și un lot de persoane neexpuse la risc – eșantioane reprezentative pentru populațiile din care provin. În ceea ce privește dimensiunea, lotul martor va fi cel puțin la fel de mare sau mai mare decât lotul de studiu și în nici un caz mai mic. Subliniem că nu este absolut necesar ca loturile să fie egale.

În anchetele retrospective, cercetătorul trebuie să calculeze cât mai exact dimensiunea eșantionului de bolnavi și să-l selecteze corect. În ceea ce privește lotul martor, el se recomandă să fie alcătuit prin „metoda perechilor" (metodă care poate fi aplicată cu succes și în cazul anchetelor prospective de tip 2).

Această metodă constă în găsirea pentru fiecare bolnav a unei „perechi" cât mai perfect asemănătoare din cît mai multe criterii (sex, vârstă, mediu de domiciliu – urban sau rural, stare civilă etc.) și care să difere doar prin lipsa bolii (sau a expunerii la factorul de risc – în cazul anchetelor prospective de tip 2). Găsirea „perechii" este o operație deosebit de dificilă, dar dacă s-a efectuat corect, valoarea concluziilor studiate crește.

Și în anchetele retrospective lotul martor poate fi ales aleator din populația de nonbolnavi, dar în acest caz se impune – de altfel și în anchetele prospective de tip 2 – să se testeze statistic prin testul X^2, dacă nu există deosebire semnificativă de structură între lotul de studiu și lotul martor, concluzii epidemiologice putându-se formula numai dacă loturile au structuri asemănătoare din punctul de vedere al tuturor criteriilor care ar putea distorsiona rezultatele studiului.

2.10. ANCHETE EPIDEMIOLOGICE EXPERIMENTALE ȘI OPERAȚIONALE

Anchetele epidemiologice experimentale și operaționale sunt singurele studii epidemiologice în măsură să dovedească relația cauzală sau eficacitatea unor decizii diagnostice și organizatorice.

Principalele domenii de aplicare a acestor tipuri de anchete sunt:

1. Evaluarea eficacității vaccinurilor noi în protecția populației împotriva bolilor transmisibile.

2. Experimentarea în vederea introducerii în practica medicală a unor medicamente noi, după ce acestea au fost verificate în laborator şi pe animale de experiență.

3. Demonstrarea valorii unor conduite terapeutice noi față de cele uzuale în momentul respectiv.

4. Evaluarea anumitor forme de organizare a asistenţei medicale.

5. Efectuarea cercetărilor privind etiopatogenia anumitor maladii pe subiecți umani. Acest tip de experiment a fost interzis de legislația multor țări, date fiind aspectele etice și deontologice pe care le implică.

2.11. METODOLOGIA ANCHETELOR EPIDEMIOLOGICE EXPERIMENTALE

Anchetele epidemiologice experimentale prezintă deosebiri esenţiale față de anchetele analitice:

a) În epidemiologia experimentală factorul de risc este controlat de către cercetător. Acesta constituie un lot martor şi un lot-test asemănător. Lotului martor i se administrează un preparat în aceeaşi formă de prezentare şi cu acelaşi mod de administrare, din care însă lipseşte partea activă (un aşa-numit „placebo"). În realitate metodologia nu este chiar atât de simplă, se foloseşte metoda de administrare „orb" sau „dublu orb".

b) Alcătuirea lotului martor şi a lotului test este mult mai uşoară în epidemiologia experimentală decât în cea analitică. În anchetele analitice populația a fost preselectată prin expunere la factorul de risc, iar expunerea la factorul de risc nu este întâmplătoare. A găsi perechea perfect asemănătoare este foarte dificil, teoretic aproape imposibil. În studiile experimentale, însă, având posibilitatea să controlăm factorul de risc, putem stabili de la început două loturi identice, urmând ca abia după aceasta să-i administrăm unuia factor de risc sau de protecție, iar celuilalt – placebo.

c) Din motive etice şi deontologice, experimentarea factorilor de risc este aproape întotdeauna imposibilă. În anumite limite este posibilă experimentarea factorului de protecție (exemplu: vaccinuri), dar şi în acest caz se pun probleme etice, în sensul că nu este corect ca persoanele din lotul martor să fie private de beneficiul factorului de protecție (al vaccinării – în acest exemplu).

Administrarea factorului de risc sau de protecție se poate efectua direct, experimentatorul şi loturile fiind informate referitor la acest fapt. Nu trebuie să insistăm asupra faptului că un asemenea experiment introduce multipli factori de eroare.

Pentru a elimina distorsiunile – hetero şi iroinfluente – experimentul în epidemiologie trebuie efectuat prin metoda *orb* sau *dublu orb*.

În metoda *orb*, sau denumit şi *simplu orb*, se lucrează cu două loturi identice, cărora li se administrează produsul activ şi, respectiv, placebo-ul. Experimentatorul cunoaşte care din cele două produse este activ şi care inactiv, dar persoanele din cele două loturi nu ştiu acest lucru. Acest mod de experiment poate fi considerat

până la un punct ca fiind corect şi obiectiv. Totuşi, ca urmare a faptului că experimentatorul cunoaşte care este produsul activ, pot apare două grupe de erori:

- atenţia cu care experimentatorul urmăreşte cele două loturi diferă, în sensul unei atenţii mai mari faţă de lotul-test, care pe de o parte poate fi sesizată de persoanele din cele două loturi, iar pe de altă parte poate face ca experimentatorul să nu sesizeze anumite aspecte care apar în lotul martor (considerat de către acesta „mai puţin interesant");
- modul de redactare şi comunicare a rezultatelor obţinute în cele două loturi este incontestabil influenţat de faptul că experimentatorul ştie care este produsul activ şi la ce efect trebuie să se aştepte din partea lui.
- Pentru a se evita aceste erori se preferă experimentul „dublu orb", care prezintă avantaje incontestabile.

În experimentul *dublu orb*, nici loturile şi nici experimentatorul nu cunosc care este produsul activ şi care este placebo-ul. Experimentatorul primeşte produsele în ambalaje identice, dar care au nume de serie diferite. În momentul când comunică rezultatele, indică şi numărul de serie al produsului administrat şi numai conducătorul experimentului este în măsură să separe fişele cazurilor care au primit produsul activ de cele ale cazurilor cărora li s-a administrat placebo. Este evident că în acest tip de experiment obiectivitatea rezultatelor nu mai poate fi pusă la îndoială.

Un exemplu luat din experimentul clinic poate fi binevenit. Unui medic i s-a dat să experimenteze un nou medicament antiastmatic, atât sub formă activă, cât şi ca placebo. În prima fază i s-a cerut să informeze bolnavul care este produsul activ şi care este placebo. Rezultatul a fost deosebit de clar: când se administra în timpul crizei de astm medicamentul activ, criza înceta după câteva minute, în timp ce administrarea produsului placebo nu influenţa cu nimic criza.

În a doua fază s-a folosit „simplu orb": medicului i s-a precizat cutia cu medicamentul real şi cea cu placebo, cu indicaţia de a nu comunica bolnavului conţinutul celor două ambalaje. Medicamentul urma să fie administrat numai de către medic, care trebuia să consemneze de fiecare dată efectul obţinut. Ca şi în prima fază, administrarea medicamentului activ, cunoscut numai de medic, suprima criza, spre deosebire de placebo, care nu o influenţa. După terminarea experimentului, când medicul a comunicat rezultatele foarte nete obţinute, i s-a dezvăluit acestuia că în ambele cutii a fost placebo şi astfel s-a tras concluzia că rezultatele aparente foarte clare şi sigure s-au datorat, de fapt, atitudinii şi comportamentului diferit al medicului, care era convins că administrează pacientului un produs activ sau inactiv şi-l influenţa pe acesta pe cale psihică. Iar concluzia finală a fost că medicamentul experimentat este de fapt de o valoare scăzută.

Am prezentat acest exemplu pentru a ilustra necesitatea experimentului *dublu orb*, care va trebui aplicat ori de câte ori este posibil.

Rezultă că schema generală a unei anchete experimentale este următoarea:

1. Se aleg două loturi de subiecţi cât mai asemănătoare între ele.
2. Se administrează lotului martor un produs cu caracteristici similare, dar fără componenţă activă (placebo).
3. Se administrează unui lot (lot test) produsul activ (factor de risc, de protecţie).
4. Administrarea se efectuează prioritar după metoda „dublu orb".

5. Se consemnează rezultatele apărute şi se calculează (după metodologia prezentată pentru anchetele analitice) riscul bolii (decesului) la expuşi, riscul bolii (decesului) la nonexpuşi, riscul relativ şi riscul atribuabil şi se face analiza, interpretarea acestor valori.

6. Se efectuează testarea statistică a deosebirilor constante – x^2.

7. Se efectuează interferenţa epidemiologică (în cazul în care cercetarea s-a făcut pe eşantion) după metoda Mictinen pentru riscul relativ sau atribuabil, pentru a stabili intervalul de încredere al riscului în populaţia generală.

În încheiere menţionăm că metodologia şi metodele de studiere a bolilor nontransmisibile sunt, astăzi, un instrument de lucru şi de cercetare în toate domeniile, mai cu seamă în Sănătatea Publică. În ţările înalt dezvoltate, această metodă este bine însuşită în instituţiile ce pregătesc viitori medici. La rândul lor, medicii practicieni, având o bună pregătire în domeniul medicinei sociale, aplică cu succes această metodologie, micşorând considerabil morbiditatea faţă de ţările unde studiul prezent nu se aplică. Metodologia epidemiologiei bolilor nontransmisibile a fost acceptată şi se utilizează în toate disciplinele care se ocupă de sănătate în colectivitate, conferind ştiinţei medicale eficienţă şi rentabilitate crescute, grăbind astfel evoluţia sistemului sanitar care trebuie să se adapteze la profundele modificări ale structurii societăţii umane contemporane.

SĂNĂTATEA POPULAŢIEI ŞI METODELE DE STUDIERE A EI

3.1. DEMOGRAFIA MEDICALĂ

3.1.1. ASPECTE GENERALE

Demografia este un termen care provine de la grecescul „demos”– popor şi „grafos” – a descrie. Demografia defineşte ştiinţa, care se ocupă cu studiul populaţiei umane şi care se caracterizează printr-un sistem de indicatori.

Obiectul de studiu în demografie este populaţia, care poate fi studiată sub diferite aspecte: medical, social, economic, politic, juridic etc.

Relaţia medic-demografie

Informaţiile din domeniul demografiei sunt necesare diverselor categorii de persoane, care lucrează în instituţiile medicale, şi descendenţilor din sistem, la nivel central.

Relaţia medic/medicină – sistem de sănătate/demografie poate fi privită din 2 puncte de vedere:

– medicul/sistemul de sănătate este furnizorul de informaţii pentru sistemul statistic populaţional – documentele, care stau la baza sistemului statistic populaţional sunt completate de către medic (certificatul medical constatator al născutului viu, al născutului mort şi certificatul medical constatator al decesului);

– medicul/sistemul de sănătate este beneficiarul informaţiilor de ordin demografic.

Medicul practician trebuie să cunoască caracteristicile pacienţilor (sexul, vârsta, ocupaţia, expunerea la factorii de risc din mediul de viaţă şi muncă etc.).

Exemple:

a) obiectul Sănătăţii Publice îl constituie studiul stării de sănătate a populaţiei. Din această abordare trebuie făcut diagnosticul stării de sănătate a populaţiei unei ţări sau dintr-o colectivitate: marea majoritate a setului de indicatori ce măsoară diversele aspecte ale stării de sănătate au la numitor populaţia generală sau diverse subpopulaţii (subpopulaţii dintr-un raion, subpopulaţia de sex feminin sau masculin, subpopulaţia din mediul urban sau rural, subpopulaţia de o anumită grupă de vârstă etc.).

b) alături de latura de descriere a stării de sănătate apare şi latura de intervenţie (a serviciilor de sănătate). Numărul şi structura populaţiei sunt elemente importante în stabilirea necesarului de vaccinuri, de medici care oferă servicii medicale, în planificarea numărului şi tipurilor de unităţi medicale, a numărului de paturi în spitale, în general şi pe specialităţi, de personal medical cu studii medii sau de personal auxiliar, de medicamente etc.

3.1.2. MODALITĂȚI DE CULEGERE A DATELOR ŞI INFORMAȚIILOR ÎN DEMOGRAFIE

Sistemul informațional curent. Acesta deține informații legate de nașteri, decese, căsătorii, divorțuri, plecările și intrările într-un anumit teritoriu. Date suplimentare pot fi obținute asupra puterii de reproducere a populației – respectiv a numărului de avorturi spontane sau la cerere.

Avantajele acestei surse:

- informațiile sunt accesibile;
- ele curg permanent;
- există serii cronologice, care acoperă lungi perioade de timp și care permit evaluarea tendinței fenomenelor;
- sunt ușor de obținut;
- au calitate acceptabilă, fiind culese pe formulare standardizate;
- sunt comparabile între diverse teritorii ale țării.

Dezavantaje:

- cantitatea de informații este limitată;
- uneori informațiile sunt agregate la nivel de raion.

Documentele medicale purtătoare de informații sunt reprezentate de certificatul medical constatator al născutului viu, certificatul medical constatator al născutului mort și certificatul medical constatator al decesului. Pe baza acestora, la oficiile de stare civilă, se completează documentele specifice (actele de stare civilă și buletinele statistice).

Statistica stării civile furnizează date referitoare la principalele evenimente demografice: nașteri, decese, căsătorii, divorțuri.

Documentele medicale purtătoare sunt constituite din acte de stare civilă (certificat de naștere, deces, căsătorie, divorț), care, cu excepția celui de divorț, se completează în momentul producerii evenimentului, și buletine statistice demografice.

3.1.3. CONCEPTELE FUNDAMENTALE CU CARE OPEREAZĂ DEMOGRAFIA

Evenimentul demografic: un caz individual purtător al unei informații cu caracter demografic.

Fenomenul demografic: frecvența apariției unor evenimente demografice într-o populație și într-o anumită perioadă de timp.

Nivelul fenomenului demografic se măsoară în rate. Formula generală:

$$\text{Rata} = \frac{\text{Numărul de evenimente demografice}}{\text{Numărul populației}} \times 1\,000$$

Exemple de fenomene și evenimente vezi în *tabelul 28.*

Tabelul 28

Evenimentul	Fenomenul
Născutul viu	Natalitatea
Născutul mort	Mortinatalitatea
Decesul	Mortalitatea
Căsătoria	Nupțialitatea
Divorțul	Divorțialitatea

Riscul: este probabilitatea unei persoane dintr-o populaţie sau subpopulaţie de a suferi de un anumit eveniment.

Exemplu:

- probabilitatea (riscul) de deces
- probabilitatea (riscul) de a naşte la termen

Formula generală de calcul:

$$\text{Probabilitatea evenimentului} = \frac{\text{Numărul de evenimente}}{\text{Populaţia la începutul intervalului}} \times 1\,000$$

Expus la risc: persoană dintr-o populaţie (subpopulaţie) expusă la un anumit risc (numitorul fracţiei anterioare).

Exemplu 1: Totalitatea gravidelor în luna 1 – dacă se doreşte calcularea probabilităţii de naştere la termen.

$$\text{Probabilitatea naşterii la termen} = \frac{\text{Naşteri la termen}}{\text{Gravide în luna urmărită}} \times 1\,000$$

Exemplu 2: Populaţia la 1 ianuarie anul X dacă se doreşte calcularea riscului de deces în anul X

$$\text{Riscul de deces în anul X} = \frac{\text{Decese în anul X}}{\text{Populaţia la 1 ianuarie, anul X}} \times 1\,000$$

Cohortă: totalitatea persoanelor, care suferă acelaşi eveniment în aceeaşi perioadă de timp.

Exemple: totalitatea persoanelor, care se căsătoresc într-un an calendaristic; totalitatea persoanelor cărora li se stabileşte diagnosticul de boală X în anul Y.

Generaţie: este un caz particular al cohortei. Ea este definită ca fiind totalitatea persoanelor născute într-un an calendaristic.

3.1.4. METODE GENERALE DE MĂSURARE A FENOMENELOR DEMOGRAFICE

Numărul absolut se referă la consemnarea numărului diverselor evenimente demografice – numărul de naşteri, decese, divorţuri, căsătorii înregistrate într-o localitate şi într-o perioada de timp.

Numerele absolute sunt utile în activităţile de planificare sanitară (planificarea numărul de paturi în secţiile de pediatrie, obstetrică-ginecologie, planificarea necesarului de medicamente sau de vaccinuri). Ele, însă, nu pot furniza informaţii asupra intensităţii, frecvenţei fenomenului. Numărul absolut de evenimente este dependent de mărimea populaţiei de referinţă.

Structura evenimentelor demografice

Fiecare eveniment demografic are anumite caracteristici.

- Pentru născutul viu caracteristici pot fi: greutatea la naştere, sexul, lungimea la naştere, rangul, mediul de rezidenţă, locul naşterii etc.
- Pentru deces caracteristici pot fi: sexul, vârsta, cauza decesului, religia decedatului, starea civilă a decedatului etc.
- Structura poate fi evaluată prin 2 tipuri de măsurări:

a) exprimare prin %:

$$\text{Rata eveniment. cu o caracteristică} = \frac{\text{Nr. de evenimente cu o caracteristică}}{\text{Numărul total de evenimente}} \times 100$$

Exemplu: În anul X, în localitatea Y s-au produs 53 de decese: 26 – prin boli cardiovasculare, 8 – prin tumori, 7 – prin boli ale aparatului respirator, 6 – prin accidente, 5 – prin boli ale aparatului digestiv, 1 – prin alte cauze (*tabelul 29*).

Tabelul 29

Structura deceselor pe cauze

Nr/o	Cauza	Nr. absolut	Rata%	Proporția
1	Boli ale sistemului cardiovascular	26	49,06	0,4906
2	Tumori	8	15,09	0,1509
3	Boli ale sistemului respirator	7	13,21	0,1321
4	Accidente	6	11,32	0,1132
5	Boli ale sistemului digestiv	5	9,43	0,0943
6	Alte patologii	1	1,89	0,0189
	TOTAL	**53**	**100,00**	**1,0000**

Procentul deceselor prin bolile aparatului cardiovascular în raport cu numărul total de decese este egal cu:

$$\text{\% deceselor prin bolile sistemului cardiovascular} = \frac{26}{53} \times 100 = 49{,}06\%$$

b) reluând exemplul anterior, exprimăm evenimentul prin proporții.

$$\text{Proporția deceselor prin bolile sistemului cardiovascular} = \frac{26}{53} = 0{,}4906$$

Rata: modalități de măsurare a frecvenței, intensității de apariție a unui eveniment demografic într-o populație și într-o perioadă de timp.

$$\text{Rata (intensitatea evenimentului demografic)} = \frac{\text{Numărul de evenimente}}{\text{P}} \times 1\,000$$

Clasificarea ratelor

Ratele pot fi:

1. globale (se referă la o populație generală)
2. specifice (se referă la subpopulație)

Termenul *specific* se poate referi la o subpopulaţie, în care apar evenimentele.

Caracterele clasice de identificare pot fi sexul (rata specifică pentru sex -F/M), mediul de reşedinţă (rata specifică pentru mediu – R/U).

Caracteristica cea mai importantă a evenimentelor demografice, care poate identifica subpopulații la numărător, este cauza de deces.

Exemple de rate specifice:

Cazul 1: specificitatea decurge din subpopulația în care apar evenimentele:

$$\text{Rata natalității specifice pe mediu} = \frac{\text{Numărul de copii născuți vii de mame cu domiciliul în mediul U/R}}{\text{Populația în mediul U/R}} \times 1\,000$$

Cazul 2: specificitatea decurge din îndeplinirea unei caracteristici de către evenimentele demografice:

$$\text{Rata de mortalitate specifică prin bolile aparatului cardiovascular} = \frac{\text{Numărul de decese prin bolile aparatului cardiovascular}}{\text{Populația în mediul U/R}} \times 1\ 000$$

Alte criterii de clasificare a ratelor pot fi:

3. Brute;
4. Standardizate.

Ratele brute măsoară intensitatea reală a unui fenomen. Nivelul fenomenului poate fi influențat de anumite caracteristici structurale ale populației, în care se produc evenimentele (de ex. structura pe grupe de vârstă, pe sexe etc.). Înlăturarea influenței structurii populației în generarea nivelului fenomenului se face utilizând tehnici de standardizare (ajustare) după care rezultatul este obținerea unei rate standardizate.

Indicele este un raport între 2 rate calculate la 2 momente diferite sau în 2 zone diferite

$$\text{Indicele} = \frac{\text{Rata pentru momentul „t"}}{\text{Rata pentru momentul „0"}}$$

$$\text{Indicele} = \frac{\text{Rata pentru zona „A"}}{\text{Rata pentru zona „B"}}$$

Tabelul 30 prezintă avantajele şi dezavantajele diverselor tipuri de rate.

Tabelul 30

Avantajele şi dezavantajele ratelor

Rata	Avantajele	Dezavantajele
Rata brută	- uşor de calculat - utilizare largă pe plan internațional	- diferențele nu pot fi interpretate direct, deoarece sintetizează influența unei multitudini de caracteristici (mediu, sex, vârstă etc.)
Rata specifică pe: - sexe - medii - grupe de vârstă - boli - categorii sociale	- se aplică pe subgrupe omogene - sunt mult utilizate în studiile epidemiologice - permit compararea între subgrupe de acelaşi tip	- se pierde din vedere „întregul" (totalitatea populației)
Rata standardizată (ajustată)	- înlătură raportul diferențelor structurale la determinarea nivelului unui fenomen - comparațiile sunt corecte	- este o rată fictivă care este utilizată numai în comparații

3.1.5. STATICA POPULAȚIEI

Statica populației – analizează populația sub raportul numărului, distribuției demografice, structurii, după diverse caracteristici demografice (sex, grupă de vârstă, stare civilă etc.) şi socio-economice (ocupație, nivel de instruire etc.).

3.1.5.1. NUMĂRUL POPULAŢIEI

Stabilirea cu precizie a numărului de populaţie poate fi realizată numai prin metoda recensământului, care se efectuează, de regulă, o dată în zece ani.

Definiţia recensământului populaţiei. „Cercetare statistică, de obicei exhaustivă, care are ca scop înregistrarea populaţiei, la un moment dat, sub raportul numărului şi al unor caracteristici demo-economice: anul naşterii, starea civilă, categoria socio-profesională, naţionalitatea, religia etc.

Recensământul populaţiei este un exemplu tipic de anchetă demografică.

Anchetele demografice. Complexitatea fenomenelor demografice, condiţionarea lor multiplă au impus cu necesitate organizarea unor studii speciale denumite anchete demografice. Anchetele demografice constituie singurele modalităţi de a obţine date referitoare la condiţionarea diverselor fenomene demografice, la legătura existentă dintre variabilele demografice şi cele socio-economice, psihologice, la motivaţia unui anumit comportament demografic, la opinia individului sau a familiei în problemele de dimensiune şi structura a familiei etc.

Anchete demografice se pot efectua pe colectivităţi generale, pe eşantioane, colectivităţi reprezentative din populaţie sau pe loturi.

Caracteristicile recensământului, enumerate de Vl. Trebici, sunt:

– scop statistic;
– este iniţiat pe baza unor cote normative (hotărâri de guvern);
– se referă la un teritoriu bine definit (de obicei o ţară);
– universalitate (înregistrează absolut toate persoanele care trăiesc în teritoriul stabilit);
– simultaneitate (toate înregistrările se fac pentru un moment fix: ziua şi ora la care se referă înregistrarea – indiferent de momentul concret, real al înregistrării).

Datorită volumului mare de muncă, perioada de timp în care se fac înregistrările acoperă 2-3 săptămâni, dar toate se referă la un moment fix. Datorită acestei caracteristici recensământul este un exemplu tipic de cercetare generală (globală) şi de moment (se înregistrează toată populaţia la un moment dat, fix), informaţiile se obţin direct de la populaţie

– metodologia este unică, standardizată;
– beneficiază de mediatizare;
– există un control al calităţii datelor;
– ritmicitate (se repetă periodic).

Clasificarea recensămintelor

Clasificarea recensămintelor, de obicei, se face în funcţie de 2 criterii:

a) gradul de cuprindere a populaţiei
– recensăminte generale – cuprinde întreagă populaţie
– recensăminte parţiale – cuprinde numai o subpopulaţie

b) modul de culegere a datelor
– autoînregistrarea
– culegerea informaţiilor prin interviu

Deosebim diferite tipuri ale numărului de populaţie în baza recensămintelor.

➢ ***Numărul înregistrat*** în baza recensămintelor.

➢ ***Numărul estimat sau calculat.*** În anii care urmează unui recensământ, numărul populației se calculează pornind de la cifra exactă a populației stabilită la recensământ, la care se adaugă născuții vii și se scad decedații. Această metodă de calcul este valabilă în ipoteza, în care migrația este considerată nulă.

Între 2 recensăminte numărul populației poate fi estimat prin metoda interpolării. Principiul metodei interpolării constă în calcularea sporului mediu anual al populației între cele 2 recensăminte și adăugarea acestuia de atâtea ori câți ani au trecut din momentul primului recensământ și până în anul de studiu.

Această metodă de calcul pornește de la ipoteza că în decursul întregii perioade scurse între cele 2 recensăminte populația a cunoscut un ritm de creștere constant, fără oscilații mari de la un an la altul.

În afară de numărul populației înregistrat la recensământ și cel calculat sau estimat, în sănătatea publică se mai utilizează și numărul proiectat al populației. Proiecția populației presupune utilizarea unei tehnici deosebit de complexe, chiar modelarea matematică pentru estimarea evoluției viitoare a populației sub raportul ei numeric.

În calculul diverșilor indicatori folosiți în studiul dinamicii populației se utilizează noțiunea „populația medie" sau „numărul mediu al populației pentru perioada dată".

Numărul mediu al populației pentru o perioadă dată se poate calcula prin metoda:

media aritmetică simplă $P = \frac{P_x + P_{x+1}}{2}$, unde:

P – populația medie,
P_x – populația la începutul intervalului,
P_{x+1} – populația la sfârșitul intervalului.

Mai există și alte metode de calcul, dar mai complexe.

Biroul Național de Statistică informează următoarele despre modalitatea estimării numărului populației după recensământul populației din 2004.

În perioada dintre ultimele două recensăminte (1989 și 2004), populația Republicii Moldova a scăzut cu circa 350 mii de persoane, inclusiv persoanele declarate plecate în străinătate mai mult de 1 an.

De regulă, practica internațională de efectuare a recensămintelor demonstrează, că nu toată populația este recenzată din diferite motive. Conform recomandărilor internaționale, după recensământul populației este necesar de a efectua o cercetare pentru aprecierea plenitudinii datelor obținute. Deoarece în Republica Moldova o asemenea cercetare nu a fost făcută, secția Statistică demografică a întreprins unele măsuri de precizare a datelor:

– La solicitarea primarilor comunelor (satelor) au fost efectuate controale de verificare a numărului populației în unele localități.

– A fost precizat numărul populației municipiilor și orașelor în baza Registrului de Stat al Populației și a registrelor de evidență ale medicilor de familie.

În urma acestui lucru a fost estimat numărul populației stabile la 1 ianuarie 2007 – 3 581,1 mii.

În același timp, începând cu anul 1990, se observă creșterea fluxurilor migraționale neregulate, care au condus la evidența incompletă a numărului emigranților.

De aceea numărul populației prezente a fost calculat în baza recensământului populației din 2004.

La recensământul populației din 1989, când migrația externă era limitată, diferența dintre numărul populației stabile şi numărul populației prezente a fost nesemnificativă şi nu influența asupra calculului indicatorilor social-demografici. Ultimul recensământ al populației a înregistrat un decalaj mare între numărul populației stabile şi prezente.

În legătură cu aceasta BNS va continua calculul numărului populației pentru două categorii. Această decizie a fost coordonată cu experții internaționali la Conferința Statisticienilor Europeni din Edinburgh (Scoția).

Biroul Național de Statistică recomandă de a utiliza cele două categorii pentru calcularea diferitor indicatori.

În *tabelul 31* este prezentat numărul populației în Republica Moldova în perioada anilor 1999 – 2005.

Tabelul 31

Numărul populației în Republica Moldova cu excepția celui din raioanele de Est ale republicii (mii)

Anii	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nr. populației	3 643,5	3 634,5	3 627,2	3 617,7	3 606,8	3 599,8	3 589,3

3.1.5.2. DENSITATEA POPULAȚIEI

Densitatea populației se exprimă prin frecvența populației (P) pe unitatea de suprafață (K) şi se calculează prin formula: $D = \frac{P}{S}$, unde:

D – densitatea populației,
P – populația,
S – suprafața exprimată în km^2.

Inversul acestui raport poartă numele de ***indice de arealitate:***

În cazul indicelui de arealitate suprafața se exprimă în hectare.

Pentru a obține o imagine a impactului populației asupra resurselor agricole şi economice, se calculează ***indicele de densitate fiziologică,*** ca un raport intre numărul de locuitori şi suprafața cultivată, şi ***indicele de densitate agricolă,*** ca un raport între numărul de locuitori încadrați în agricultură şi suprafață cultivată.

$$\text{Indicele de densitate fiziologică} = \frac{\text{Numărul de populație}}{\text{Suprafața cultivabilă}}$$

$$\text{Indicele de densitate agricolă} = \frac{\text{Numărul de populație din agricultură}}{\text{Suprafața cultivabilă}}$$

3.1.5.3. STRUCTURA POPULAȚIEI DUPĂ MEDIUL DE REŞEDINȚĂ

Repartiția teritorială a populației studiază răspândirea populației pe un teritoriu dat, în mod obişnuit aceasta se suprapune pe unitățile administrativ-teritoriale. Repartiția teritorială se studiază cu ajutorul următorilor indici:

– ***ponderea populației*** cu domiciliul stabilit în mediul rural sau urban;

- ***distribuția*** populației în funcție de tipul și mărimea localităților;
- ***indicii de densitate.***

Ponderea populației cu domiciliul stabilit în mediu U/R se calculează astfel:

$$\%U = \frac{P_u}{P} \quad \text{sau} \quad \%U = \frac{P_r}{P} \quad \text{unde:}$$

P – populația totală,
P_u – populația care locuiește în mediul urban,
P_r – populația care locuiește în mediul rural.

În *tabelul 32* este prezentată structura populației Republicii Moldova în perioada anilor 2001 - 2005.

Tabelul 32

NUMĂRUL POPULAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA (2001-2005), MII

Nr.	Categoria populației	2001	2002	2003	2004	2005
1	Toată populația (abs.)	3 627,2	3 617,7	3 606,8	3 599,8	3 589,3
2	Toată populația %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
3	Populația urbană (abs.)	1 500,2	1 499,1	1 492,9	1 491,0	1 484,8
4	Populația urbană %	41,4	41,4	41,4	41,4	41,4
5	Populația rurală (abs.)	2 127,0	2 118,6	2 113,9	2 108,8	2 104,5
6	Populația rurală %	58,6	58,6	58,6	58,6	58,6
7	Bărbați (abs.)	1 737,4	1 732,9	1 727,7	1 724,3	1 719,3
8	Bărbați %	47,9	47,9	47,9	47,9	47,9
9	Femei (abs.)	1 889,8	1 884,8	1 879,1	1 875,5	1 870,0
10	Femei %	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1
11	Capitala – Chișinău (abs.)	660,3	660,7	662,2	661,2	660,7

3.1.5.4. STRUCTURA POPULAȚIEI PE SEXE

Analiza structurii populației pe sexe se justifică, pe de o parte, prin particularitățile biologice, de reactivitate în caz și față de îmbolnăvire, sociale și culturale pe care le au indivizii celor două sexe și, pe de altă parte, prin funcțiile și rolurile pe care le au în familie și în societate. Ea este descrisă cu ajutorul unor indici simpli.

Ponderea populației feminine sau masculine: $PF(M) = \frac{PF(M)}{P} \times 100$ unde:

PF – nr. locuitorilor de sex feminin,
PM – nr. locuitorilor de sex masculin,
P – populația totală.

Indicele de masculinitate (IM): definește numărul de persoane de sex masculin, care revin la 100 sau 1 000 de persoane de sex feminin. Într-o populație dată, în timp, indicele de masculinitate are o anumită stabilitate.

Formula de calcul: $IM = \frac{P_m}{P_f} \times 100$

Indicele de feminitate (IF) este o imagine în oglindă a indicelui de masculinitate; el se calculează în special pentru născuții vii după formula:

$$IM = \frac{P_f}{P_m} \times 100$$

Valoarea indicelui de feminitate se utilizează în proiectele demografice.

Excedentul femeilor se determină după formulă:

$$EF = \frac{P_f - P_m}{P} \times 100$$

3.1.5.5. STRUCTURA POPULAȚIEI PE GRUPE DE VÂRSTĂ

Dintre aspectele statisticii populației, structura acesteia pe grupe de vârstă este elementul esențial. În analiza structurii populației pe grupe de vârstă trebuie să se țină cont, pe de o parte, de „efectul de vârstă" și, pe de altă parte, de „efectul de generație" (*tabelul 33*).

Fenomenele de fertilitate şi mortalitate cunosc o mare variabilitate în funcție de vârstă – „efect de vârstă". Generațiile îşi au şi ele propria istorie – unele generații sunt afectate de războaie, altele de calamități naturale etc. – „efect de generație".

În analiza populației se pot utiliza grupele de vârstă cincinale (0-4; 5-9; 10-14; ...80-84; 85 şi peste), decenale (0-9; 10-19; ...80 şi peste) sau grupele mari de vârstă (copii 1-14 ani; adulți 19-59 de ani şi vârstnici 60 de ani şi peste). Datorită prelungirii procesului de şcolarizare şi a creşterii speranței de viață la naştere, azi se folosesc tot mai mult grupele de vârstă 0-19 ani – copii, 20-64 ani – adulți şi vârstnicii de 65 ani şi peste.

Grafic, structura populației pe grupe de vârstă se reprezintă sub forma piramidei vârstelor. Piramida vârstelor poate fi construită pe ani de vârstă sau pe grupe cincinale sau decenale de vârstă (*figura 12*).

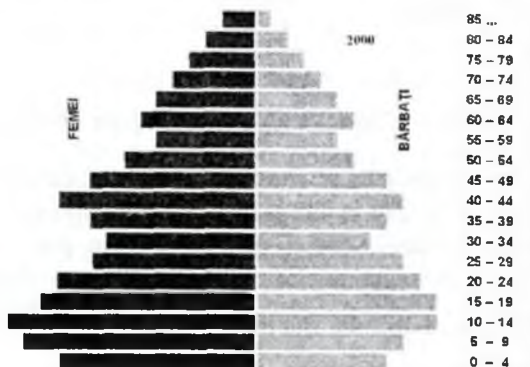


Figura 12. **Piramida vârstelor pe grupe cincinale**

În piramidă, populațiile sunt reprezentate prin suprafețele unor dreptunghiuri, care au ca laturi:

- pe axa ordonatelor – mărimea intervalului de vârstă utilizat (1,5,10 ani);
- pe axa absciselor – numărul observat al populației (când intervalul de vârstă este 1 an) sau numărul mediu al populației pentru intervalul luat în studiu de 5 sau 10 ani (vezi tabelul ce urmează).

Suprafața dreptunghiului este proporțională cu numărul de locuitori. Clasic, în partea stângă a piramidei se reprezintă populația de sex masculin, iar în partea dreaptă – cea de sex feminin.

În alegerea scărilor utilizate pe abscise și ordonată trebuie să se țină cont de recomandarea, ca baza piramidei să fie egală cu $^{1}/_{3}$ din înălțimea ei. În reprezentarea structurii populației pe grupe de vârstă prin piramida vârstelor, de obicei, populația inițială se reduce la 10 000 sau 100 000. Această reducere se face prin aplicarea regulii de trei simple.

Tabelul 33

Structura populației pe vârste la 1 ianuarie 2000 și 2005, fără raioanele de Est ale Republicii Moldova

Grupa de vârstă	Total				Bărbați				Femei			
	2000		2005		2000		2005		2000		2005	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Total	3 635 112	100	3 589 936	100	1 740 612	100	1 719 368	100	1 894 500	100	1 870 568	100
0-4	204 039	5,6	181 669	5,1	104 771	6,0	93 772	5,5	99 268	5,2	87 897	4,7
5-9	273 407	7,5	203 408	5,7	139 846	8,0	104 412	6,1	133 561	7,0	98 996	5,3
10-14	350 745	9,7	272 799	7,6	178 505	10,3	139 487	8,1	172 240	9,1	133 312	7,1
15-19	353 422	9,7	349 138	9,7	178 625	10,3	177 563	10,3	174 797	9,2	171 575	9,2
20-24	308 739	8,5	349 754	9,7	156 576	9,0	176 624	10,3	152 163	8,0	173 130	9,3
25-29	271 668	7,5	304 114	8,5	135 065	7,8	153 879	8,9	136 603	7,2	150 235	8,0
30-34	221 244	6,1	266 897	7,4	109 382	6,3	132 266	7,7	111 862	5,9	134 631	7,2
35-39	259 489	7,1	216 458	6,0	124 066	7,1	106 361	6,2	135 423	7,2	110 097	5,9
40-44	296 272	8,2	252 139	7,0	141 440	8,1	119 199	6,9	154 832	8,2	132 940	7,1
45-49	261 370	7,2	285 000	7,9	123 822	7,1	133 877	7,8	137 548	7,3	151 123	8,1
50-54	203 391	5,6	246 984	6,9	94 320	5,4	114 415	6,7	109 071	5,8	132 569	7,1
55-59	135 951	3,7	186 343	5,2	59 748	3,5	84 245	4,9	76 203	4,0	102 098	5,5
60-64	151 820	4,2	122 126	3,4	64 776	3,7	51 661	3,0	87 044	4,6	70 465	3,8
65-69	127 242	3,5	127 296	3,5	52 577	3,0	51 321	3,0	74 665	3,9	75 975	4,1
70-74	105 831	2,9	98 769	2,8	40 443	2,3	38 084	2,2	65 388	3,5	60 685	3,2
75-79	67 930	1,9	73 121	2,0	23 076	1,3	25 793	1,5	44 854	2,4	47 328	2,5
80-84	26 959	0,7	38 336	1,1	9 266	0,5	11 856	0,7	17 693	0,9	26 480	1,4
85>	15 593	0,4	15 585	0,4	4 308	0,3	4 553	0,3	11 285	0,6	11 032	0,6

Numărul redus la fiecare an de vârstă se obține astfel:

$$\frac{\text{Numărul de locuitori de o anumită vârstă și sex} \times 100\,000}{\text{Numărul total de locuitori}}$$

Numărul redus de locuitori astfel obținut va determina lungimea dreptunghiului corespunzător, iar lățimea lui va fi egală cu intervalul de vârstă.

Analiza formei piramidei vârstelor permite identificarea unor particularități ale populației respective.

Clasic se descriu 4 tipuri ale piramidei vârstelor:

1. piramida în formă de *„accent”* (triunghi) cu bază largă şi un vârf ascuţit, caracteristică pentru populaţiile tinere;
2. piramida în formă de *„stog”* caracteristică pentru populaţie cu o fertilitate ridicată şi un proces de îmbătrânire medie;
3. piramida în formă de *„urnă”* specifică pentru populaţia cu fertilitate scăzută şi cu un proces de îmbătrânire accentuat;
4. piramida în formă de *„treflă”* reflectă o populaţie îmbătrânită care cunoaşte în ultima perioadă o puternică întinerire ca urmare a creşterii fertilităţii.

Aşadar, în funcţie de vârstă deosebim trei tipuri de populaţie:

- progresiv;
- stabil;
- regresiv.

Factorii care influenţează forma piramidei sunt: natalitatea, mortalitatea şi migraţia. Natalitatea *(numărul de născuţi vii)* determină baza piramidei vârstelor; ea furnizează şi materialul asupra căruia îşi vor exercita acţiunea celelalte 2 fenomene demografice cu influenţă asupra structurii populaţiei pe grupe de vârstă şi sexe: mortalitatea şi migraţia.

Pentru a evidenţia impactul fertilităţii şi al mortalităţii asupra structurii pe grupe de vârstă a populaţiei pot fi utilizate 2 metode:

a) dacă ratele de fertilitate şi mortalitate rămân constante pe o durată îndelungată de timp, rezultă o populaţie cu o structură pe grupe de vârstă constantă denumită ***„populaţie stabilă”.*** Pentru a evidenţia influenţa acestor indici asupra structurii pe grupe de vârstă a populaţiei se compară modele ale populaţiei stabile obţinute prin utilizarea de diferite niveluri ale fertilităţii şi/sau mortalităţii.

b) a doua metodă constă din utilizarea ***„metodei componentelor”***, a tehnicii de proiecţie a populaţiei. Numărul probabil al populaţiei este stabilit în condiţiile utilizării unor niveluri variate în timp ale indicilor de fertilitate şi mortalitate. Proiecţiile populaţiei sunt utile, deoarece ele evidenţiază modul în care reacţionează o populaţie căreia i se atribuie, pentru o perioadă dată de timp, niveluri ipotetice ale fertilităţii şi mortalităţii.

Ambele metode pot fi utilizate ţinând sau nu cont de migraţie.

Influenţa scăderii mortalităţii asupra structurii pe grupe de vârstă a populaţiei depinde de modelul de evoluţie a indicilor de supravieţuire la diferite grupe de vârstă.

Dacă probabilităţile de supravieţuire cresc în special pentru grupele de vârstă înaintată, proporţia vârstnicilor în populaţie se majorează, iar dacă supravieţuirea se măreşte la copii şi tineri creşte proporţia acestora în populaţie.

Tipul regresiv al populaţiei duce la îmbătrânirea populaţiei.

Conform scării lui Bojo-Gamier îmbătrânirea populaţiei este atunci când numărul de persoane în vârstă de 60 de ani şi peste la 100 de locuitori este egal cu 12,0% şi mai mult.

3.1.5.6. STRUCTURA POPULAŢIEI ÎN FUNCŢIE DE STAREA CIVILĂ

Conform prevederilor legislaţiei din ţara noastră fiecare locuitor poate fi: necăsătorit (ă), căsătorit (ă), văduv (ă), divorţat (ă). Uneori se adaugă uniunea consensuală. Noţiunea de stare civilă se utilizează numai după vârsta de 15 ani, limita inferioară de vârstă la care este permisă căsătoria.

Pentru studierea structurii populaţiei în funcţie de starea civilă se recomandă utilizarea mai multor indici.

Structura populaţiei în funcţie de starea civilă.

$$\text{Procentul persoanelor căsătorite} = \frac{\text{Numărul de persoane căsătorite}}{\text{Numărul populaţiei de peste 15 ani}} \times 100$$

La fel se calculează ponderea populaţiei necăsătorite, văduve şi divorţate în raport cu populaţia de 15 ani şi peste.

Pentru a evidenţia particularităţile repartiţiei populaţiei în funcţie de starea civilă la cele două sexe şi la diversele grupe de vârstă se poate calcula structura populaţiei în funcţie de caracteristica analizată, pentru cele două sexe şi în cadrul fiecărei grupe de vârstă.

3.1.5.7. REPARTIŢIA POPULAŢIEI ÎN FUNCŢIE DE PARTICIPAREA LA VIAŢA ECONOMICĂ

În orice ţară populaţia luată în totalitate este consumatoarea bunurilor materiale, dar numai o parte din ea participă direct la producerea bunurilor şi serviciilor consumate.

Populaţia activă sau **economic activă** este constituită din totalitatea persoanelor care exercită o profesiune, la care, acolo unde este cazul, se adaugă persoane aflate în şomaj. În cadrul populaţiei active nu sunt incluşi elevii, studenţii şi femeile care prestează activitate numai în familie.

Populaţia ocupată este alcătuită din persoanele care au o ocupaţie. Ea este egală cu populaţia activă minus şomerii. Partea din populaţie care nu exercită nici o activitate, alcătuită de obicei din copii şi vârstnici, constituie **populaţia inactivă.**

Definiţiile prezentate sunt preluate din documentele ONU. Pe plan internaţional, cu toate încercările făcute, se mai menţin încă diferenţe în ceea ce priveşte conţinutul diverselor categorii de populaţie enunţate mai sus.

Repartiţia populaţiei în funcţie de participarea ei la viaţa economică se apreciază cu ajutorul unor indici:

Indicele de activitate (IA)

Indicii de activitate specifică pe sexe (indicele de activitate masculină, feminină – IAM/F):

$$IAM = \frac{\text{Populaţia masculină activă}}{\text{Populaţia masculină}} \times 100$$

$$IAF = \frac{\text{Populaţia feminină activă}}{\text{Populaţia feminină}} \times 100$$

Indicele de activitate specifică pe grupe de vârstă (IAS vârstă):

$$IAS = \frac{\text{Populaţia activă de o anumită grupă de vârstă}}{\text{Populaţia din grupa de vârstă respectivă}} \times 100$$

Curba de activitate este reprezentarea grafică a indicilor de activitate specifică pe grupe de vârstă.

3.1.5.8. IMPLICAŢIILE STATICII POPULAŢIEI

Implicaţiile demografice. Fenomenele demografice (mortalitatea, natalitatea, fertilitatea, divorţialitatea, nupţialitatea) sunt puternic influenţate de structura pe grupe de vârste şi sexe a populaţiei. Nivelul lor variază în funcţie de cele două caracteristici.

Creşterea ponderii populaţiei vârstnice (60 de ani şi peste) evidenţiază îmbătrânirea demografică a populaţiei. Din punctul de vedere al ponderii populaţiei vârstnice în structura populaţiei totale se consideră că o populaţie: este „tânără", dacă ponderea persoanelor de 65 de ani şi peste este sub 4%; este „adultă", dacă vârstnicii deţin un procent între 4-7%; este „bătrână", dacă vârstnicii deţin o pondere peste 7%.

Îmbătrânirea populaţiei este un fenomen specific ţărilor dezvoltate din punct de vedere economic. Ea este însoţită de: scăderea fertilităţii, de creşterea mortalităţii generale, chiar dacă mortalităţile specifice pe grupe de vârstă se menţin în limite constante; de scăderea populaţiei active; de creşterea sarcinilor, care revin acesteia pentru întreţinerea unui număr mai mare de locuitori inactivi.

Distribuţia populaţiei pe medii intervine şi ea în determinarea unui anumit nivel al fenomenelor demografice. Nivelul natalităţii şi al mortalităţii în populaţia urbană este mai scăzut decât în cea rurală, pe când nupţialitatea cunoaşte o evoluţie inversă. Planificarea familială îşi face loc mai întâi în mediul urban şi ulterior în mediul rural.

Implicaţiile economice ale staticii populaţiei. Dintre multiplele caracteristici ale staticii populaţiei trei pot fi considerate ca având implicaţii economice importante:

- densitatea populaţiei în raport cu resursele;
- indicele de dependenţă;
- ponderea populaţiei active.

Implicaţiile staticii populaţiei pentru serviciile de sănătate. Aspectele staticii populaţiei, descrise anterior, îşi au fiecare unul sau mai multe reflexe asupra stării de sănătate, cu implicaţii consecutive asupra serviciilor de sănătate. Acţiunile asupra stării de sănătate pot fi directe, vizibile imediat, sau, cel mai adesea, mediate, efectele lor fiind indirecte şi mai dificil de sesizat.

Numărul populaţiei nu are un efect direct asupra stării de sănătate, dar o poate influenţa în cazul existenţei unui dezechilibru între acesta şi condiţiile de mediu şi igieno-sanitare existente. Fenomenul este vizibil în cazul creşterii numărului populaţiei într-un teritoriu fără ca acesta să fi fost pregătit pentru a face faţă numărului mare de locuitori.

Un aspect mai direct al legăturii dintre numărul populaţiei şi serviciile de sănătate este cel organizatoric şi anume corelarea cu numărul de medici, de cadre medii şi auxiliare sanitare, de paturi de spital etc., în funcţie de numărul populaţiei care urmează a fi deservită.

Densitatea populaţiei poate avea un efect sanogenetic, dar şi patogenetic. O densitate mare a populaţiei permite asigurarea ei cu servicii medicale mai diversificate, o accesibilitate mai mare, distanţa de la locuitor la furnizorul de servicii fiind redusă.

În acelaşi timp, este permisă şi o supraveghere eficientă a condiţiilor de igienă, de mediu, alimentare etc.

Pe de altă parte, densitatea mare a populației favorizează extinderea epidemiilor de boli transmisibile, crește pericolul poluării mediului ca o consecință a activităților umane, cu toate efectele asupra stării de sănătate a populației.

Implicațiile caracteristicii „densitatea populației" asupra serviciilor de sănătate sunt multiple:

– amplasarea furnizorilor de servicii de sănătate se poate face în funcție de densitatea populației, astfel încât să se asigure, pe cât este posibil, o distanță cât mai redusă între populație și aceste unități, mărind astfel accesibilitatea;

– dotarea serviciilor de sănătate se face în concordanță cu densitatea populației;

– densitatea populației influențează alegerea celei mai adecvate și mai eficace forme organizatorice;

– în zonele de densitate mare a populației, datorită problemelor deosebite de igienă care apar, este necesară înființarea de unități care se fie în măsură să supravegheze condițiile igieno-sanitare și să rezolve problemele care se ivesc.

Structura populației pe diverse caracteristici (grupe de vârstă, sexe, medii, stare civilă, participare la procesul de producție și activități socio-culturale) are o influență deosebită asupra stării de sănătate. Astfel, structura pe grupe de vârste și sexe este responsabilă în mare măsură de particularitățile morbidității pe sexe și grupe de vârstă. De asemenea, particularitățile biopsiho-fiziologice ale diverselor grupe de vârstă și sexe stabilesc cadrul serviciilor medicale necesare.

Implicațiile structurii pe grupe de vârstă și sexe ale populației asupra serviciilor medicale se pot schematiza astfel:

– normarea personalului medico-sanitar este diferită pentru copii sau populația încadrată în muncă, față de restul populației;

– datarea serviciilor de sănătate variază în funcție de grupele de vârstă deservite;

– anumite grupe de vârstă au prioritate în asistența medicală: copii 0-1 an, 1-4 ani, populația de vârstă școlară, femeile de vârstă fertilă, populația în vârstă de muncă și încadrată în activitate; rezolvarea priorităților pentru aceste grupe trebuie individualizată prin unități și activități specifice;

– predominanța sexului feminin în anumite ramuri de producție (industria textilă și a confecțiilor, învățământ, ocrotirea sănătății etc.) pentru probleme deosebite prin patologia specifică și pentru asistența medicală la locul de muncă.

Structura populației în medii – în linii generale, mediul urban asigură populației o stare de sănătate mai bună, prin posibilitatea asigurării unor condiții de igienă și de trai superioare celor din mediul rural, cât și o mai bună asigurare cu servicii medicale. Implicațiile pentru starea de sănătate a populației și pentru serviciile de sănătate sunt aceleași ca și cele prezentate la caracteristica densitatea mare a populației. La acestea se adaugă consecințele legate de atragerea populației din rural în urban, fenomen care pune probleme complexe de adaptare la noul stil de viață. Se observă și o modificare a comportamentului demografic cu consecințe negative asupra indicatorilor demografici ai reproducerii populației.

Structura populației pe profesii influențează evident starea de sănătate a populației atât prin posibilitatea apariției bolilor și accidentelor profesionale sau în legătură cu munca, cât și prin patologia specifică diverselor grupe de populație delimitată prin caracteristica de profesiune.

Aceste situații au determinat influențarea în mediul industrial a unor servicii medicale proprii, cu caracteristici și sarcini bine conturate, menite să rezolve problemele specifice medico-sanitare și de igienă ale populației încadrate în producție.

3.1.6. DINAMICA POPULAȚIEI

Populația, sub raportul numărului și structurii ei în funcție de diversele caracteristici demografice și economice, este în permanentă schimbare – fenomen cunoscut sub denumirea de ***„dinamica populației"*** (*figura 13*).

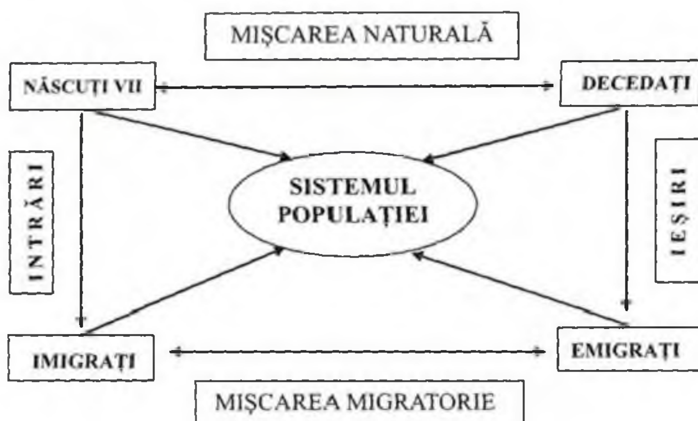


Figura 13. **Dinamica populației**

Așadar, în dinamica populației deosebim mișcarea ***naturală*** (determinată de puterea populației de reproducere și de mortalitate) și ***mecanică*** (migratorică), care cuprinde deplasarea locuitorilor în interiorul unei țări – migrația internă, sau în afara granițelor țării – migrația externă.

3.1.6.1. MIȘCAREA NATURALĂ A POPULAȚIEI

Concepte. Înainte de a prezenta metodele utilizate în mod curent în studiul mișcării naturale a populației este necesar să prezentăm câteva concepte.

Conceptele de „eveniment" și „fenomen demografic" au fost definite la capitolul „Aspecte generale". Din punct de vedere demografic ***nașterea*** poate fi definită ca fiind actul prin care produsul de concepție este extras sau eliminat complet din corpul mamei după o perioadă de gestație de cel puțin 28 de săptămâni.

Născutul viu este produsul de concepție extras sau eliminat complet din corpul mamei care, indiferent de durata gestației, și care după separarea de corpul mamei prezintă un semn de viață: respirație, bătaie cardiacă, pulsația cordonului ombilical sau contracția musculară dependentă de voință, fie că placenta a fost eliminată sau nu, iar cordonul ombilical a fost secționat sau nu. Astfel definiția, precum și definiția născutului mort și a avortului au fost elaborate de către experții ONU și sunt preluate întocmai.

Conform definiției prezentate, momentul luat în considerare pentru stabilirea viabilității produsului de concepție este cel al separației complete a lui de mamă.

Dacă sunt prezente semne de viață este un născut viu. O altă observaţie, care trebuie subliniată este aceea că, pentru evitarea unor variaţii interpretative, definiția ONU a născutului viu nu utilizează criterii suplimentare de viabilitate cum ar fi greutatea fătului sau lungimea lui.

Conform definiției prezentate, dacă în momentul separării de corpul mamei copilul a avut un semn de viață, care în minutele următoare dispare, medicul consemnează întâi naşterea unui născut viu şi ulterior un deces 0 - 1 an.

Născutul mort este produsul de concepţie, care provine dintr-o sarcină de peste 28 de săptămâni şi care, după separarea completă de corpul mamei, nu manifestă nici un semn de viață. Atunci când durata sarcinii nu poate fi stabilită se pot utiliza indicii indirecți ai acesteia şi anume greutatea peste 1 000 gr. şi lungimea peste 35 cm.

Avortul este produsul de concepţie care provine dintr-o sarcină cu o durată sub 28 de săptămâni şi care, după extragerea completă din corpul mamei, nu prezintă nici un semn de viață. Şi aici se pot utiliza ca criterii greutatea sub 1 000 gr. şi lungimea sub 35 cm.

Rangul naşterii defineşte a câta naştere a mamei este cea în cauză.

Rangul născutului arată al câtelea născut viu sau mort este născutul considerat. Calculul se face separat pentru născuţii vii sau morți.

Intervalul protogenezic este intervalul de timp scurs din momentul căsătoriei până la naşterea primul copil.

Intervalul intergenezic este intervalul de timp, care separă naşterile de rangul succesiv.

Comportamentul demografic (reproductiv) este atitudinea unui cuplu (căsătoriţi sau în uniune consensuală) față de numărul de copii în familie, față de dimensiunea propriei familii, dar şi față de intervalul dintre naşteri. Pentru comparabilitatea datelor în context internaţional, se redă o schemă produsă de OMS privind criteriile pentru identificarea „născuţilor morți" (*tabelul 34*).

Tabelul 34

Evenimentul	**Durata de gestație (în săptămâni)**	**Greutatea la naştere**	**Lungimea la naştere**
Moarte fetală precoce	Sub 22 de săpt.	Sub 500 gr.	Sub 25 cm
Moarte fetală intermediară	22-28 de săpt.	5 000-999 gr.	25-34 cm
Moarte fetală tardivă	Peste 28 de săpt.	1 000 gr. şi peste	35 cm şi peste

Vârsta fertilă a femeii se referă la vârstele limite între care femeia poate naşte. Din punct de vedere demografic viața fertilă a femeii este cuprinsă între 15 şi 49 de ani. Populația feminină de vârsta fertilă cuprinde femeile în vârstă de 15-49 de ani.

Planificarea familială reprezintă stabilirea în mod conştient de către cuplu a numărului de copii doriți şi eşalonarea în timp a naşterilor.

3.1.6.1.1. MĂSURAREA NATALITĂŢII ŞI FERTILITĂŢII

Măsurarea natalității şi fertilității populației se poate face într-un an calendaristic (abordarea transversală a fenomenelor) sau pe o generaţie (abordarea longitudinală a fenomenelor). Sintetic metodele şi tehnicile de studiu ale natalității pot fi clasificate astfel:

1. Măsurarea şi analiza natalităţii şi fertilităţii într-un an calendaristic:
   - rata de natalitate;
   - rata de fertilitate (brută şi diferenţială);
   - indicele sintetic de fertilitate:
2. Măsurarea şi analiza natalităţii şi fertilităţii pe o generaţie:
   - rata de natalitate;
   - rata de fertilitate (brută şi diferenţială);
   - indicele sintetic de fertilitate.

Măsurarea şi analiza natalităţii şi fertilităţii într-un an calendaristic.

Sistemul de date şi informaţii în domeniul demografiei existent în ţara noastră permite cu uşurinţă studierea fenomenelor demografice.

Natalitatea. Natalitatea este fenomenul demografic al apariţiei născuţilor vii într-o populaţie şi într-o perioadă de timp.

Unitatea statistică de observare este născutul viu.

Documentele purtătoare de informaţii sunt constituite din certificatul medical constatator al naşterii (document completat de către medicul care constată evenimentul demografic), certificatul de naştere (documentul completat pe baza certificatului medical de către funcţionarii de la oficiile de stare civilă) şi buletinul statistic de naştere (completat tot la serviciile de stare civilă).

Sub aspect statistic, acest fenomen se măsoară prin **rata de natalitate:**

$$\text{Rata de natalitatea} = \frac{N}{P} \times 1000,$$ unde:

N – numărul născuţilor vii într-un an calendaristic,
P – populaţia la 1 iulie a anului respectiv.

Avantajul esenţial al acestei rate este uşurinţa de calcul şi de interpretare. Principalul **dezavantaj** este reprezentat de neomogenitatea numitorului, care conţine toată populaţia de ambele sexe, de toate vârstele şi indiferent de starea civilă. Rata este larg utilizată, deoarece datele necesare calculării ei sunt uşor de obţinut şi au o importantă semnificaţie practică.

Rata mediei mondiale a natalităţii este de 26‰, în ţările dezvoltate – de 16,0‰ şi în cele în curs de dezvoltare – 31,0‰. În Republica Moldova acest indicator pentru a. 2006 este de 10,5‰ (*tabelul 35*).

Indicii orientativi pentru aprecierea nivelului natalităţii sunt:
- nivelul jos – până la 15,0‰;
- nivelul mediu – de la 15,0 până la 25,0‰;
- nivelul înalt – mai mult de 25,0‰.

Fertilitatea. Fertilitatea este fenomenul demografic al frecvenţei apariţiei născuţilor vii în subpopulaţia feminină în vârstă de reproducere (15-49 de ani).

Unitatea statistică de observare este constituită din născutul viu. ***Documentele purtătoare de informaţii*** sunt aceleaşi ca şi în studiul natalităţii. Statistic se măsoară prin **rata generală a fertilităţii** (RGF).

$$\text{Rata generală a fertilităţii} = \frac{\text{Numărul de copii născuţi vii în anul calendaristic}}{\text{Populaţia feminină în vârstă de 15-49 de ani}} \times 1\,000,$$

unde: N – numărul născuţilor vii într-un an calendaristic,
$P_{F\,15\text{-}49}$ – populaţia feminină în vârstă de 15-49 de ani.

Tabelul 35

Natalitatea, mortalitatea și sporul natural al populației la 1 000 de locuitori, mortalitatea infantilă la 1 000 de născuți vii și mortalitatea maternă la 100 000 de născuți vii

Anii	Natalitatea		Mortalitatea		Sporul natural		Mortalitatea infantilă		Mortalitatea maternă	
	abs.	indicator	abs.	indicator	abs.	indicator	abs.	indicator	abs.	indicator
1940	66 000	26,6	42 000	16.9	24 000	9,7	12 000	172,0	...	...
1950	91 137	38.9	26 363	11.2	64 774	27,7	11 006	120,0	...	...
1960	87 910	29.3	19 290	6.4	68 620	22.9	4 297	48.2	...	...
1970	69 778	19.4	26 577	7.4	43 201	12.0	1 611	23,3	...	...
1975	79 169	20,6	35 635	9.3	43 534	11.3	3 418	43.4	...	...
1980	79 580	19.8	40 472	10,1	39 108	9,7	2 789	35.0	51	63,4
1985	90 453	21.5	46 075	10,9	44 378	10,6	2 788	30,9	45	49,2
1990	77 085	17,7	42 427	9,7	34 658	8.0	1 482	19,0	41	53.2
1991	72 020	16,5	45 849	10,5	26 171	6.0	1 441	19.8	35	48.4
1992	69 654	16,0	44 522	10.2	25 132	5.8	1 294	18.4	36	51.3
1993	66 179	15.2	46 637	10,7	19 542	4.5	1 437	21,5	34	51,8
1994	62 085	14.3	51 514	11.8	10 571	2,5	1 422	22.6	16	25,8
1995	56 411	13,0	52 969	12,2	3 442	0,8	1 214	21.2	23	40.8
1996	51 865	12,0	49 748	11,5	2 117	0.5	1 065	20,2	21	40.2
1997**	45 583	12.5	42 957	11.8	2 626	0.7	901	19.8	22	48.3
1998**	41 332	11,3	39 922	10.9	1 410	0.4	738	17,5	15	36.3
1999**	38 501	10.6	41 315	11.3	-2 814	-0,7	714	18.2	11	28.6
2000**	36 939	10.2	41 224	11,3	-4 285	-1,1	681	18.3	10	27.1
2001**	36 448	10,0	40 075	11.0	-3 627	-1.0	597	16.3	16	43,9
2002**	35 705	9.9	41 852	11,6	-6 147	-1.7	528	14.7	10	28.0
2003**	36 471	10,1	43 079	11.9	-6 608	-1,8	522	14.4	8	21.9
2004**	38 272	10.6	41 668	11,6	-3 396	-1,0	464	12.2	9	23.5
2005**	37 695	10.5	44 689	12.4	-6 995	-1.9	468	12.4	7	18.6

Fertilitatea variază puternic cu grupa de vârstă; această afirmație devine evidentă prin calcularea ratelor specifice de fertilitate pentru o vârstă sau o grupă de vârstă.

$$\text{Rata specifică a fertilității „}x\text{”} = \frac{\text{indicele de fertilitate specifică la vârsta } x}{\text{numărul născuților vii într-un an calendaristic din mame de vârsta } x} \times 1\,000.$$

Rata de fecunditate.

Fecunditatea reprezintă capacitatea femeii de a procrea, iar expresia cantitativă a fecundității este reprezentată de:

$$\text{Rata de fecunditate} = \frac{\text{Numărul de sarcini}}{\text{Numărul de femei 15 – 49 de ani}} \times 1\,000.$$

unde numărul de sarcini – numărul născuților vii + numărul născuților morți + numărul de avorturi.

Rata de nupțialitate.

$$\text{Rata de nupțialitate} = \frac{\text{Numărul de căsătorii}}{\text{Numărul de locuitori la 1 iulie}} \times 1\ 000,$$

FENOMENELE CU INFLUENȚĂ NEGATIVĂ ASUPRA REPRODUCERII POPULAȚIEI

Divorțialitatea.

Reprezintă frecvența divorțurilor înregistrate într-o populație definită și într-o perioadă de timp (1 an calendaristic).

$$\text{Divorțialitatea} = \frac{\text{Numărul de divorțuri}}{\text{Numărul de locuitori la 1 iulie}} \times 1\ 000.$$

1. **Măsurarea natalității și fertilității** (vezi tehnicile prezentate anterior).

2. **Raportul avorturilor la 1 000 de născuți vii.** Acesta se calculează raportând numărul de avorturi la numărul de născuți vii și exprimare la 1 000.

$$\text{Raportul avorturi/născuți vii} = \frac{\text{Numărul de avorturi}}{\text{Numărul de copii născuți vii}} \times 1\ 000.$$

3. **Indicele conjunctural al avortului,** care exprimă numărul mediu de avorturi pe care l-ar face o femeie în cursul perioadei fertile (15-49 de ani) în condițiile în care la fiecare grupă de vârstă ar utiliza avortul pentru înlăturarea sarcinilor nedorite cu frecvența întâlnită într-un an calendaristic (anul pentru care se fac calculele).

Factorii care influențează natalitatea și fertilitatea populației sunt:

1. **Factorii fiziologici:**
   - durata perioadei de procreare;
   - prezența sterilității (feminină și masculină) în cadrul populației;
   - frecvența mortalității fetale.
2. **Factorii demografici:**
   - ponderea populației feminine în vârstă fertilă în cadrul populației totale;
   - vârsta la căsătorie;
   - nupțialitatea;
   - divorțialitatea;
   - mortalitatea infantilă și juvenilă;
   - structura familiei.
3. **Factorii socio-economici:**
   - factori la nivel macroeconomic
     - PIB pe locuitori
     - gradul de urbanizare
     - nivelul de industrializare
   - factori la nivel microeconomic
     - nivelul de instruire al familiei
     - încadrarea femeii în activitatea economică
     - venitul mediu/membru de familie
4. **Factorii culturali:**
   - nivelul cultural
   - obiceiuri și tradiții
   - apartenența la o religie

5. **Factorii subiectivi:**
   - metode şi mijloace contraceptive (accesibilitatea lor)
   - motivaţii subiective legate de comportamentul demografic
   - atitudinea faţă de numărul de copii doriţi şi realizaţi
6. **Factorii legislativi:**
   - sistemul de alocaţii pentru copii
   - prevederile Codului Muncii
   - programe de protecţie adresate mamei şi copilului
   - politica de planificare familială

3.1.6.1.2. MĂSURAREA MORTALITĂŢII

Mortalitatea reprezintă al doilea aspect important al mişcării naturale a populaţiei. Mortalitatea este fenomenul demografic al frecvenţei apariţiei deceselor într-o populaţie şi într-o perioadă de timp. Unitatea statistică de observaţie este constituită din „deces" şi documentele purtătoare de informaţii, ca şi în cazul natalităţii, sunt:

– Documentele medicale: certificatul medical constatator al decesului;

– Documentele statistice: buletinul statistic de deces şi certificatul de deces, ambele completate de oficiile de stare civilă pe baza certificatului medical constatator al decesului.

La aceste surse de date, pentru studiul mortalităţii, se mai adaugă anchetele şi studiile special concepute pentru a analiza anumite aspecte ale fenomenului.

Sintetic, metodele şi tehnicile de studiu ale mortalităţii pot fi clasificate astfel:

1. **Măsurarea şi analiza mortalităţii într-un an calendaristic:**
- rata brută de mortalitate;
- ratele speciale de mortalitate;
- diferenţele constatate în funcţie de caracteristicile de loc: rate specifice de mortalitate pe medii (U/R);
- diferenţele observate în funcţie de caracteristicile de persoană: rate specifice pe sexe, rate specifice pe grupe de vârstă, rata de mortalitate infantilă;
- diferenţe generate de cauza decesului: rata de mortalitate specifică pe cauze, rata de mortalitate maternă;
- combinaţii de caracteristici: rata de mortalitate specifică pe cauze şi sexe, rata de mortalitate specifică pe cauze şi medii etc.
- decesul evitabil;
- decesul prematur;
- tabelul de mortalitate.

2. **Măsurarea şi analiza mortalităţii pe o generaţie:**
- calcularea ratelor brute şi diferenţiale pe o generaţie;
- tabelul de mortalitate pe o generaţie.

3. **Măsurarea şi analiza mortalităţii într-un an calendaristic:**

Rata brută de mortalitate (RBM) măsoară intensitatea fenomenului de mortalitate într-un an calendaristic şi într-un teritoriu dat. Formula de calcul:

$$RBM = \frac{\text{Numărul de decese produse într-un an calendaristic şi într-un teritoriu}}{\text{Numărul de populaţie în teritoriul dat}} \times 1\,000$$

RBM este modalitatea cea mai des utilizată pentru măsurarea fenomenului de mortalitate.

Avantaje:

- uşor de calculat;
- datele există în sistemul informaţional curent;
- există serii cronologice, care acoperă lungi perioade de timp. Cu unele perioade de lipsă de informaţie, avem date pentru întreg secolul al XX-lea;
- datele permit evaluarea tendinţei fenomenului.

Dezavantaje:

- nivelul ratei este puternic influenţat de structura pe grupe de vârstă a populaţiei;
- nu permite compararea între nivelurile fenomenului diferitor ţări, judeţe.

Calculul ratelor specifice este justificat de frecvenţa diferită a deceselor în subpopulaţiile selecţionate în funcţie de caracteristicile acestora, modelele de deces sunt specifice fiecărei subpopulaţii.

Ratele specifice de mortalitate

- ***Rata de mortalitate specifică pe medii*** măsoară intensitatea fenomenului de mortalitate în cele două medii; calculele se fac în funcţie de mediul de rezidenţă al decedatului, indiferent de locul unde se produce decesul. În condiţiile în care declararea deceselor se face în funcţie de locul unde se produce şi calcularea ratei se face în funcţie de domiciliul stabil al decedatului, periodic se face o redistribuire a deceselor de către Institutul Naţional de Statistică şi Studii economice în funcţie de domiciliul stabil al decedaţilor.

$$\text{Rata de mortalitate specifică pe medii} = \frac{\text{Numărul de decese la persoane cu domiciliul în mediul U/R}}{\text{Numărul de locuitori cu domiciliu în mediul U/R}} \times 1\,000$$

- **Rata de mortalitate specifică pe sexe** măsoară intensitatea fenomenului de mortalitate în subpopulaţiile de sex feminin şi masculin. Modelul mortalităţii pe sexe este caracterizat prin supramortalitatea masculină.

$$\text{Rata de mortalitate specifică pe sexe} = \frac{\text{Numărul de decese la persoane de sex M/F}}{\text{Numărul de populaţie de sex M/F}} \times 1\,000$$

- **Rata de mortalitate specifică pe vârste** (grupe de vârstă). Vârsta (grupa de vârstă) este unul din elementele cele mai importante, care influenţează nivelul fenomenului de mortalitate. Riscul de deces este maxim la cei doi poli ai vieţii (primul an de viaţă şi bătrâneţe). Reprezentarea grafică a mortalităţii specifice pe grupe de vârstă (grupa 0-1 an şi apoi grupe cincinale) are aspectul literei „J", nivelul mortalităţii infantile determinând înălţimea ramurii stângi a literei. Nivelele minime ale ratelor de mortalitate sunt întâlnite la grupele de vârstă 10-14, 15-19 ani.
- **Rata de mortalitate specifică pe cauze:**

$$\text{Rata de mortalitate specifică pe cauze} = \frac{\text{Numărul de decese datorite unei cauze}}{\text{Numărul de populaţie}} \times 100\,000$$

Tabelul de mortalitate. Tabelul de mortalitate este un tabel demografic, care conţine valorile mai multor funcţii biometrice, şi care sintetizează modelul de mortalitate al unei populaţiei (colectivităţi).

Istoric. Primele tabele au fost alcătuite de către John Graunt în anul 1662 şi de Edmund Halley în anul 1693.

Tipuri de tabele (clasificare):

- completă (pentru fiecare an de vârstă) sau prescurtată (pentru perioade cincinale sau decinale de vârstă);
- pentru populația generală sau pentru populații selecționate (populația unui oraș, o anumită categorie socio-profesională etc.);
- tabele de moment (pentru un an calendaristic sau pentru o generație);
- tabele derivate;
- tabele de mortalitate pe cauze;
- tabele de viață școlară;
- tabele de activitate.

Datele necesare pentru alcătuirea tabelului:

- populația pe vârstă (pe grupe de vârstă 0-1, 1-4, 5-9....85+) și sexe;
- decesele pe vârstă (pe grupe de vârstă) și sexe;
- mortalitățile specifice pe grupe de vârstă și sexe.

Ratele de mortalitate generală a populației sunt prezentate în *tabelul 35*, vezi mai sus.

Pentru a. 2006 rata mortalității generale în R. Moldova este de 12,4‰.

Indicii orientativi pentru aprecierea nivelului mortalității generale sunt:

- nivelul jos – până la 9,0‰;
- nivelul mediu – de la 9,0 până la 15,0‰;
- nivelul înalt – mai mult de 15,0‰.

Structura mortalității generale în Republica Moldova este determinată de următoarele cauze (a. 2006):

- *locul I* – bolile aparatului circulator (56,3%)
- *locul II* – tumori maligne (11,7%)
- *locul III* – bolile aparatului digestiv (10,3%)
- *locul IV* – traume și otrăviri (8,7%)
- *locul V* – bolile aparatului respirator (6,4%)
- *locul VI* – alte cauze (6,6%)

Anii potențiali de viață pierduți.

Anii potențiali de viață pierduți (APVP) sunt o parte a demografiei potențiale, care are la bază „potențialul de viață" ca fiind „numărul de ani pe care o persoană, un grup de persoane sau o populație îl are de trăit între anumite vârste sau până la sfârșitul vieții". Acești ani se pierd în cazul unui deces prematur.

Conceptul de deces prematur – istoric.

Conceptul a fost utilizat pentru prima dată în secolul al XVII-lea de către Petti. În anii '70 a fost preluat de către autorii canadieni și francezi. În anul 1977 Romeder și Mc. Whinner propun introducerea indicatorului de ani potențiali de viață pierduți între 1 și 70 ani în ideea utilizării unui indicator de ierarhizare a cauzelor de deces. Acest indicator a fost inclus în categoria „indicatorilor sociali" utilizabili în planificarea sanitară.

Modul de calcul al anilor potențiali de viață pierduți (*tabelul 36*).

Formula clasică de calcul al anilor potențiali de viață pierduți este:

$APVP = \sum d_i (65-a_i) = \sum d_i \times W_i$

i-1,

i – 2-14 numărul de grupe de vârste cincinale: unde

d_i – numărul de decese în cadrul fiecărei grupe de vârstă,

65– limita de vârstă de la care se consideră un deces prematur,

a_i – centrul clasei de vârstă ce se obține prin semisuma limitelor inferioare a două grupe de vârstă alăturate.

Tabelul 36

Nr. crt.	Gr. de vârstă	a_i	W_i= 65-a_i	d_i	D_i x W_i = c_i
0	1	2	3	4	5= 3 × 4
1	Sub 1	0,5	64,5=65-0,5		
2	1-4	3	62		
3	5-9	7,5	57,5		
4	10-14	12,5	52,5		
5	15-19	17,5	47,5		
6	20-24	22,5	42,5		
7	25-29	27,5	37,5		
8	30-34	32,5	32,5		
9	35-39	37,5	27,5		
10	40-44	42,5	22,5		
11	45-49	47,5	17,5		
12	50-54	52,5	12,5		
13	55-59	57,5	7,5		
14	60-64	62,5	2,5		
					∑=

Vârsta este o caracteristică cantitativă continuă astfel că a_i se calculează:

$$a_i = \frac{\text{Limita inferioară a clasei „i”} + \text{limita inferioară a clasei „i+1”}}{2} \times 1\,000.$$

a) Limita inferioară de ani. Unui autori nu iau în considerare primul an de viață, deoarece riscul de deces este maxim aproape de momentul nașterii, multe cauze de deces în această perioadă sunt de natură endogenă, investiția economică făcută este mică etc.

b) Limita superioară (65 de ani) este aleasă în funcție de nivelul ratei brute de mortalitate și al speranței de viață la naștere.

MORTALITATEA MATERNĂ

Este fenomenul demografic al deceselor materne produse din cauza complicațiilor sarcinii, nașterii și lăuziei (42 de zile de la terminarea acesteia), raportat la 100 000 de născuți vii.

$$\text{Mortalitatea maternă} = \frac{\text{Numărul de decese materne}}{\text{Numărul de născuți vii la 1 iulie}} \times 100\,000$$

Organizația Mondială a Sănătății nu consideră drept mortalitate maternă decesul matern neobstetrical, care rezultă din cauze accidentale și care nu au legătură cu supravegherea medicală a gravidei, parturientei sau lăuzei (de exemplu, otrăviri, sinucideri, accidente de circulație, accidente de muncă).

Decesele materne pot fi din cauze obstetricale directe, ca rezultat al complicațiilor obstetricale (ale sarcinii, nașterii și lăuziei) sau al tratamentelor și intervențiilor incorect aplicate.

Decesele materne din cauze obstetricale indirecte nu au cauză obstetricală, rezultând dintr-o boală preexistentă sarcinii, sau care a apărut în cursul sarcinii, agravată de modificările fiziologice induse de sarcină.

Statisticile OMS arată că, în lume, mor anual aproximativ o jumătate de milion de femei prin complicații ale sarcinii, nașterii și lăuziei, majoritatea deceselor fiind înregistrate în țările slab dezvoltate și în țările în curs de dezvoltare, unde cele mai frecvente cauze de deces matern le constituie hemoragiile și infecțiile puerperale. În țările cu standard de viață ridicat se înregistrează valori scăzute ale mortalității materne.

Unii autori arată că există subraportări ale fenomenului chiar dacă decesele materne sunt corect înregistrate, motivul fiind clasificarea acestora drept o altă cauză de deces.

În Republica Moldova acest indicator din a. 2001 s-a micșorat de 2,7 ori și constituie 17 la 100 000 de născuți vii în a. 2006.

3.1.6.1.3. MĂSURAREA MORTALITĂȚII INFANTILE

Mortalitatea infantilă este fenomenul demografic al apariției deceselor înaintea împlinirii vârstei de un an în populația născuților vii, într-o perioadă de timp și într-un teritoriu. Unitatea statistică de observare este decesul 0-1 an. Documentele purtătoare de informații sunt certificatele medicale constatatoare ale decesului și fișele decesului 0-1 an.

Tehnicile de măsurare a mortalității infantile pot fi clasificate:

1. Măsurarea mortalității infantile într-un an calendaristic (abordare transversală):
   - rata de mortalitate infantilă;
   - ratele corectate de mortalitate infantilă;
   - ratele de mortalitate infantilă pe trimestru, semestru, lună;
   - ratele speciale de mortalitate infantilă:
     - pe sexe
     - pe grupe de vârstă
     - pe medii
     - pe cauze de deces
2. Măsurarea mortalității infantile pe o generație (abordare longitudinală):
   - rata de mortalitate pe generație;
   - ratele diferențiale de mortalitate calculate pe o generație – aceleași ca în cazul abordării transversale.
3. Tabele de mortalitate infantilă.

Studiile de mortalitate infantilă pot fi făcute utilizând metoda anchetelor epidemiologice (observaționale – descriptive, analitice caz-control sau pe cohorte, operaționale sau de intervenție). O posibilitate specială de abordare o constituie tehnica bazată pe conceptul de „factori de risc" implicați în generarea decesului 0–1 an.

Decesele materne pot fi din cauze obstetricale directe, ca rezultat al complicațiilor obstetricale (ale sarcinii, naşterii şi lăuziei) sau al tratamentelor şi intervențiilor incorect aplicate.

Decesele materne din cauze obstetricale indirecte nu au cauză obstetricală, rezultând dintr-o boală preexistentă sarcinii, sau care a apărut în cursul sarcinii, agravată de modificările fiziologice induse de sarcină.

Statisticile OMS arată că, în lume, mor anual aproximativ o jumătate de milion de femei prin complicații ale sarcinii, naşterii şi lăuziei, majoritatea deceselor fiind înregistrate în țările slab dezvoltate şi în țările în curs de dezvoltare, unde cele mai frecvente cauze de deces matern le constituie hemoragiile şi infecțiile puerperale. În țările cu standard de viață ridicat se înregistrează valori scăzute ale mortalității materne.

Unii autori arată că există subraportări ale fenomenului chiar dacă decesele materne sunt corect înregistrate, motivul fiind clasificarea acestora drept o altă cauză de deces.

În Republica Moldova acest indicator din a. 2001 s-a micşorat de 2,7 ori şi constituie 17 la 100 000 de născuți vii în a. 2006.

3.1.6.1.3. MĂSURAREA MORTALITĂȚII INFANTILE

Mortalitatea infantilă este fenomenul demografic al apariției deceselor înaintea împlinirii vârstei de un an în populația născuților vii, într-o perioadă de timp şi într-un teritoriu. Unitatea statistică de observare este decesul 0-1 an. Documentele purtătoare de informații sunt certificatele medicale constatatoare ale decesului şi fişele decesului 0-1 an.

Tehnicile de măsurare a mortalității infantile pot fi clasificate:

1. Măsurarea mortalității infantile într-un an calendaristic (abordare transversală):
   - rata de mortalitate infantilă;
   - ratele corectate de mortalitate infantilă;
   - ratele de mortalitate infantilă pe trimestru, semestru, lună;
   - ratele speciale de mortalitate infantilă:
     - pe sexe
     - pe grupe de vârstă
     - pe medii
     - pe cauze de deces
2. Măsurarea mortalității infantile pe o generație (abordare longitudinală):
   - rata de mortalitate pe generație;
   - ratele diferențiale de mortalitate calculate pe o generație – aceleaşi ca în cazul abordării transversale.
3. Tabele de mortalitate infantilă.

Studiile de mortalitate infantilă pot fi făcute utilizând metoda anchetelor epidemiologice (observaționale – descriptive, analitice caz-control sau pe cohorte, operaționale sau de intervenție). O posibilitate specială de abordare o constituie tehnica bazată pe conceptul de „factori de risc" implicați în generarea decesului 0–1 an.

Măsurarea şi analiza mortalităţii infantile într-un an calendaristic.
Rata de mortalitate infantilă.

Măsurarea şi analiza mortalităţii infantile într-un an calendaristic este modul de evaluare cel mai frecvent întâlnit în statistica sanitară curentă.

Intensitatea fenomenului se măsoară cu ajutorul ratei de mortalitate infantilă (RM_{0-1}).

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decedaţi 0-1 an dintr-un an calendaristic şi în teritoriul dat}}{\text{Născuţi vii din acelaşi an calendaristic şi acelaşi teritoriu}} \times 1\,000$$

Principalul **avantaj** al acestei rate este reprezentat de simplitatea calculului.

Dezavantajul major reiese din analiza datelor respective după prezentarea într-un grafic Lexis (decesele provin din două generaţii distincte). Rescriind formula pentru anul A, aceasta devine:

$$RM_{0-1} = \frac{d_1 + d_2}{N_A} \times 1\,000,$$

unde:

d_1 – decedaţii 0-1 an din anul A proveniţi din generaţia de născuţi vii ai anului A,
d_2 – decedaţii 0-1 an din anul A proveniţi din generaţia de născuţi vii ai anului A-1,
N_A – născuţii vii din anul A,
d_{0-1} – decedaţii 0-1 an dintr-un an calendaristic provin din născuţii vii din două generaţii diferite.

Deoarece riscul de deces infantil este maxim imediat după naştere şi scade pe măsura apropierii de vârsta de 1 an, este evident că în cazul modificării importante a numărului de născuţi vii de la un an calendaristic la altul această rată devine necorespunzătoare.

În cazul scăderii importante a numărului de născuţi vii în anul A în raport cu anul anterior (A-1), rata de mortalitate infantilă calculată pentru anul A supraestimează intensitatea fenomenului. Generaţia de născuţi vii ai anului A-1 fiind mare, numărul de decese 0-1 an posibil să se producă în anul A este mare. Nivelul fenomenului în anul A va fi mai mare şi aceasta în special pe seama generaţiei de născuţi vii ai anului precedent.

Rata mortalităţii infantile poate fi calculată şi după formula lui Rats:

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decedaţi 0-1 an dintr-un an calendaristic şi în teritoriul dat}}{\text{2/3 născuţi vii în anul curent + 1/3 născuţi vii în anul precedent}} \times 1\,000$$

Rata de mortalitate infantilă pe trimestru, semestru, lună.

Pentru a evidenţia variaţiile fenomenului cât şi reacţiile lui la condiţiile climatice şi epidemiologice s-a încercat să se calculeze rata de mortalitate infantilă pe perioade mai scurte de 1 an (pe trimestru, semestru, lună).

Ratele diferenţiate de mortalitate infantilă.

Rata de mortalitate infantilă pe sexe.

Rata de mortalitate infantilă la băieţi/fete (B/F) exprimă intensitatea apariţiei deceselor sub 1 an în subpopulaţia de născuţi vii de sex masculin sau feminin.

Este bine cunoscut fenomenul de supramortalitate masculină întâlnit şi la acest segment de vârstă.

Rata se calculează raportând decesele 0-1 an de acelaşi sex la populaţia de născuţi vii de acelaşi sex din aceeaşi perioadă de timp:

$$RM_{0-1}\,B/F = \frac{\text{Decedaţi 0-1 an B/F}}{\text{Numărul de născuţi vii B/F}} \times 1\,000$$

Ratele de mortalitate infantilă pe vârste.

Riscul de deces al copilului 0-1 an variază în funcţie de vârsta lui, dar şi cauzele care intervin în producerea deceselor la diverse vârste sunt diferite. Astfel, în primele zile după naştere decesele se datoresc în special cauzelor de mortalitate şi morbiditate perinatală şi malformaţii congenitale (cauze preponderent endogene).

În săptămânile 2-4 de viaţă, la aceste grupe de cauze să adaugă şi cauze exogene (infecţiile acute ale aparatului respirator, afecţiunile digestive). După împlinirea vârstei de 1 lună, printre cauzele de deces pe primul loc se situează cauzele exogene (infecţiile, bolile digestive, accidentele etc.).

Modalităţi de măsurare a fenomenului sunt prezentate în *tabelul 37.*

Tabelul 37

Fenomenul demografic	Evenimentul demografic	Populaţia de referinţă	Modul de măsurare
Mortalitate infantilă	Deces 0-1 an (0-364 zile)	Născuţi vii	Rata de mortalitate infantilă
Mortalitate neonatală	Deces 0-27 de zile	Născuţi vii	Rata de mortalitate neonatală
Mortalitate neonatală precoce	Deces 0-6 zile	Născuţi vii	Rata de mortalitate neonatală precoce
Mortalitate neonatală tardivă	Deces 7-27 de zile	Născuţi vii	Rata de mortalitate neonatală tardivă
Mortalitate postneonatală	Deces 28-364 de zile	Născuţi vii	Rata de mortinatalitate postneonatală
Mortinatalitate	Născut mort	Născuţi vii	Rata de mortinatalitate
Mortalitate perinatală	Născut mort + deces 0-6 zile	Născuţi vii sau născuţi vii + morţi	Rata de mortalitate perinatală

Formula generală de calcul:

$$\text{Rata} = \frac{\text{Numărul de evenimente demografice specifice fenomenului „X”}}{\text{Populaţia de referinţă}} \times 1\,000$$

Rata de mortalitate infantilă pe cauze care intervin în producerea decesului 0-1 an poate fi analizată prin calculul unor rate specifice de mortalitate 0-1 an pe cauze.

$$\text{Rata} = \frac{\text{Numărul de decese 0-1 an datorate unei cauze într-o perioadă}}{\text{Numărul de copii născuţi vii în acea perioadă}} \times 1\,000$$

Rata de mortalitate infantilă pe cauze şi vârste.

Calculele se fac ţinând cont de 2 criterii de grupare (vârsta la deces şi cauza).

Rata de mortalitate infantilă în funcţie de rangul născutului.

Această rată de mortalitate infantilă se calculează mai rar, ea presupune existenţa distribuţiei născuţilor vii în funcţie de rangul lor. Ea raportează decesele 0-1 an produse la copii de un anumit rang al născuţilor vii de acelaşi rang.

Rata de mortalitate infantilă în funcție de rangul născutului.

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decesele 0-1 an produse la copii de rang „X"}}{\text{Numărul de născuți vii de rang „X"}} \times 1\ 000$$

Rata de mortalitate infantilă a copiilor legitimi (nelegitimi).

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decesele 0-1 an produse la copii legitimi}}{\text{Numărul de născuți vii legitimi}} \times 1\ 000$$

STRUCTURA MORTALITĂȚII PERINATALE ȘI INFANTILE

În studiul mortalității copiilor de vârstă fragedă (*figura 14*), se disting două clasificări:

1. Clasificarea mortalității perinatale (în jurul nașterii), care include 3 perioade unitare și 2 sumare de timp, cu 5 indicatori respectivi de analiză:

- *perioada antenatală* – de la 28 de săptămâni până la începutul nașterii, cu indicatorul mortalității antenatale;
- *perioada intranatală* – de la începutul nașterii până la sfârșitul ei, cu indicatorul mortalității intranatale;
- *perioada neonatală precoce* cu indicatorul mortalității neonatale precoce.

Pentru *perioadele antenatală și intranatală împreună luate* se calculează indicatorul sumar al mortinatalității, iar pentru toate *3 perioade – antenatală, intranatală și neonatală precoce împreună luate* se calculează indicatorul sumar al mortalității perinatale. Mai jos citiți exemplul de calcul al acestui indicator.

$$\text{Rata de mortalitate perinatală} = \frac{\text{Numărul de născuți morți + numărul de decese 0-6 zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

2. Clasificarea mortalității infantile, care cuprinde 3 perioade unitare și 2 sumare de timp cu 5 indicatori respectivi de analiză:

- perioada neonatală precoce – prima săptămână de viață, cu indicatorul mortalității neonatale precoce;
- perioada neonatală tardivă – săptămânile 2,3 și 4, cu indicatorul respectiv al mortalității neonatale tardive;
- perioada postneonatală – începând cu luna a doua până la 1 an, cu indicatorul mortalității postneonatale mai rar utilizat.

Pentru *perioadele neonatale precoce și tardivă* împreună luate se calculează indicatorul sumar al mortalității neonatale (nou-născutului), iar pentru toate trei perioade împreună luate (neonatală precoce, tardivă și postneonatală) se calculează indicatorul sumar al mortalității infantile. Exemple de calcul urmăriți mai jos.

$$\text{Rata de mortalitate neonatală} = \frac{\text{Numărul de decese 0 – 27 de zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

$$\text{Rata de mortalitate neonatală precoce} = \frac{\text{Numărul de decese 0 – 6 zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

$$\text{Rata de mortalitate neonatală tardivă} = \frac{\text{Numărul de decese 7 – 27 de zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

$$\text{Rata de mortalitate postneonatală} = \frac{\text{Numărul de decese 28–364 de zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\,000$$

$$\begin{matrix}\text{Mortalitatea infantilă}\\ \text{pe cauze medicale de deces}\end{matrix} = \frac{\text{Numărul de decese 0–1 an din cauza „X"}}{\text{Numărul de născuți vii în perioada dată}} \times 1\,000$$

Figura 14

Schema clasificării mortalității perinatale și infantile

Mortinatalitate		**Mortalitate neonatală precoce**													
Mortalitate antenatală	**Mortalitate intranatală**														
Mortalitate perinatală															
28-40 de săptămâni	**nașterea**	**săptămâna I**	**săptămâna II**	**săptămâna III**	**săptămâna IV**	**luna II**	**III**	**IV**	**V**	**VI**	**VII**	**VIII**	**IX**	**X**	**XI**	**luna XII (1 an)**
		Mortalitatea infantilă (de la 0 (naștere) până la 1 an)													
		Mortalitate neonatală				**Mortalitate postneonatală**									
		Mortalitate neonatală precoce	**Mortalitate neonatală tardivă**												

Justificarea acestor indicatori constă în variabilitatea riscului de deces al copilului sub un an, în funcție de grupa de vârstă, precum și de cea a cauzelor care determină producerea decesului la diferite vârste în intervalul 0-1 an.

Astfel, perioada neonatală este dominată de o cauzalitate endogenă: afecțiuni respiratorii, digestive, cardiovasculare, congenitale, prematuritate.

Pentru mortalitatea neonatală precoce, cauzele de deces sunt: hipoxie, anoxie, malformații congenitale, prematuritate, leziuni obstetricale.

Mortalitatea postneonatală este dominată de o cauzalitate exogenă: afecțiuni respiratorii, boli infecțioase, accidente în mediul casnic, boli digestive, boli ale sistemului nervos central, boli ale organelor de simț.

Pentru țările cu standardul de viață ridicat, majoritatea deceselor sub un an se produc în prima lună de viață, având drept cauză anomaliile congenitale.

De asemenea, se poate calcula letalitatea (indice de structură) pe cauze medicale de deces și grupe de vârstă.

Factorii de risc ai mortalității infantile.

Mortalitatea infantilă este un indicator demografic cu determinism plurifactorial, care oferă date privitoare la standardul de viață al unei societăți. Pentru a scădea mortalitatea infantilă într-un teritoriu, este necesar să fie identificați principalii factori de risc. Aceştia se clasifică în:

1) *Factori endogeni care țin de mamă*
- vârsta mamei (sub 19 ani şi peste 35 de ani);
- paritatea (risc crescut pentru primul nou-născut);
- avorturi antecedente;
- caracteristicile fizice ale mamei, care se referă la talie şi greutate (talia mai mică de 150 cm, greutatea mai mică de 45 de kg);
- patologie generală: diabet, boli cardiovasculare, tuberculoză, afecțiuni respiratorii în primul trimestru de sarcină;
- patologie obstetricală - toxemia gravidității;
- accidente în timpul naşterii – *placenta praevia.*

2) *Factori endogeni care țin de copil*
- sexul masculin;
- rangul născutului;
- greutatea mică la naştere;
- vârsta (primul trimestru);
- handicapuri biologice: malnutriția protein-calorică, anemie, malnutriție, rahitism, malformații congenitale, indice APGAR mic la naştere, infecții.

3) *Factori exogeni*
- intoxicații;
- accidente;
- factori de mediu;
- asistența medicală adresată mamei şi copilului.

4) *Factorii care țin de familie*
- familia dezorganizată;
- familia cu domiciliu instabil;
- starea civilă a mamei (mamă necăsătorită);
- alimentația incorectă (calitate, cantitate);
- venitul familiei;
- condițiile de locuit necorespunzătoare (locuință insalubră);
- nivelul de educație scăzut al mamei;
- promiscuitatea;
- vagabondajul;
- existența de bolnavi cronici în familie;
- familia în primul an de căsnicie datorită experienței scăzute în creşterea copiilor.

5) *Factori demografici*
- planificarea familială (mortalitate infantilă crescută pentru copiii care nu sunt doriți);
- variații în evoluția natalității şi a fecundității.

6) *Factori economico-sociali şi de mediu*

Se consideră că în modelul de mortalitate, serviciile de sănătate intervin cu o pondere de 10%.

În Republica Moldova mortalitatea infantilă are tendinţa de descreştere şi către anul 2006 constituie 118 la 1 000 născuţi vii. Structura şi dinamica mortalităţii infantile sunt prezentate în tabelele 38 şi 39.

Tabelul 38

STRUCTURA MORTALITĂŢII INFANTILE CONFORM CAUZEI DECESULUI (%) a. 2000

N/o	Cauzele decesului	Rata în %
1	Afecţiunile a căror origine se plasează în perioada perinatală	34,2
2	Malformaţii congenitale şi cromozomiale	30,3
3	Bolile aparatului respirator	15,8
4	Bolile infecţioase şi parazitare	6,0
5	Leziuni traumatice şi otrăviri	8,6
6	Bolile sistemului nervos	1,5
7	Alte cauze	3,6

Tabelul 39

Mortalitatea perinatală, neonatală şi maternă (fără raioanele de Est ale Republicii Moldova)

Anii	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mortalitatea perinatală la 1 000 de născuţi vii şi morţi	13,9	15,2	14,7	13,1	11,4	11,2	11,5
Mortinatalitatea la 1 000 de născuţi vii şi morţi	6,9	6,8	7,7	6,9	5,9	5,8	5,9
Mortalitatea neonatală precoce la 1 000 de născuţi vii	7,1	8,5	7,1	6,3	5,6	5,4	5,7
Mortalitatea neonatală la 1 000 de născuţi vii	9,3	10,7	8,7	7,8	7,4	6,9	7,5
Mortalitatea maternă la 100 mii de născuţi vii	28,6	27,1	43,9	28,0	21,9	23,5	18,6

Indicii orientativi pentru aprecierea nivelului mortalităţii infantile sunt:

- nivelul jos – până la 30,0 ‰
- nivelul mediu – de la 30,0 până la 50,0‰
- nivelul înalt – mai mult de 50,0‰

Mortinatalitatea.

Este rata născuţilor morţi raportată la totalul de născuţi vii + născuţi morţi.

$$\text{Mortinatalitatea} = \frac{\text{Numărul de născuţi morţi}}{\text{Numărul de născuţi vii + născuţi morţi}} \times 1\,000$$

Unitatea de observare este născutul mort, care este definit ca fiind reprezentat de absenţa semnelor de viaţă pentru un produs de concepţie ce provine dintr-o sarcină a cărei vârstă este mai mare de 28 de săptămâni, are o talie mai mare de 35 de cm şi o greutate mai mare de 1 000 gr.

Mortalitatea sub 5 ani (mortalitatea primei copilării).

Decesele până la 11 luni 29 zile, şi de la 1 an până la 4 ani sunt înregistrate de către indicatorul „mortalitatea primei copilării" şi nu se includ în indicatorul de mortalitate generală. Mortalitatea sub 5 ani se calculează conform formulei:

$$\text{Mortalitatea sub 5 ani} = \frac{\text{Numărul de decese 1-5 ani}}{\text{Numărul de copii 1-5 ani}} \times 1\,000$$

Este un indicator de evaluare a stării de sănătate a unei populaţii.

În ţările cu un nivel scăzut al stării de sănătate se înregistrează valori crescute pentru acest segment populaţional.

În republica Moldova acest indicator comparativ cu anul 1993 s-a micşorat de 2 ori şi constituie 14,0 la 1 000 de născuţi vii în anul 2006.

Cele mai frecvente cauze de deces pentru mortalitatea 1-5 ani, în ţările unde se înregistrează o mortalitate scăzută a primei copilării, o reprezintă accidentele, anomaliile congenitale şi tumorile. În ţările unde mortalitatea primei copilării este crescută, drept cauze de deces sunt citate afecţiunile respiratorii şi accidentele.

Slaba pregătire pentru meseria de părinte, lipsa unei preocupări serioase din partea familiilor pentru sănătatea propriilor copii, şi nu lipsa de timp este cauza nesupravegherii acestor copii, cum s-ar părea şi implicit, de producerea deceselor pentru acest segment populaţional vulnerabil.

3.1.6.1.4. DURATA MEDIE A VIEŢII

Este un indicator sintetic al stării de sănătate a populaţiei, condiţionat de următorii factori:

- nivelul de trai;
- stilul de viaţă defavorabil sănătăţii;
- alimentaţia;
- factorii sociali şi economici.

Durata medie a vieţii (DMV) este reprezentată de numărul mediu de ani, pe care i-ar avea de trăit o persoană dintr-o anumită generaţie, în condiţiile modelului de mortalitate specifică pe grupe de vârstă şi pentru o perioadă de timp. În Republica Moldova în perioada aa. 2000 - 2005 DMV este prezentată în *tabelul 40*.

Tabelul 40

Durata medie a vieţii în Republica Moldova

Anii	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ambele sexe	67,6	68,2	68,1	68,1	68,4	67,8
Bărbaţi	63,9	64,5	64,4	64,5	64,5	63,8
Femei	71,2	71,8	71,7	71,6	72,2	71,7

În România, DMV este de 71,19 ani (67,69 ani pentru bărbaţi şi 74,84 ani pentru femei).

Cele mai mici valori ale DMV se înregistrează în ţările Africii de Sud din preajma Deşertului Sahara (40 ani).

La ora actuală, naţiunea cea mai longevivă este Japonia (77,9 ani pentru bărbaţi şi 84,7 ani pentru femei), DMV fiind de 83 ani.

Sporul natural.

Sporul natural prezintă grupa a patra de indicatori, care caracterizează reproducerea populaţiei.

Sporul natural = Rata natalităţii – Rata mortalităţii generale.

În Republica Moldova sporul natural are tendinţa de descreştere din a. 1985, iar din anul 1999 acest indicator are valoarea negativă (*tabelul 35*).

3.1.6.2. MIŞCAREA MECANICĂ (MIGRATORIE) A POPULAŢIEI

Prin mişcare migratorie a populaţiei se înţelege mobilitatea spaţială şi geografică a populaţiei, care este însoţită de schimbarea definitivă a domiciliului stabil între două unităţi administrativ-teritoriale bine definite.

Există o **migrare externă (internaţională)** – ce constă în schimbarea domiciliului stabil între două ţări - şi o **migrare internă** – ce constă în schimbări definitive de domiciliu realizate în cadrul aceleiaşi ţări.

Cea mai frecventă modalitate de migrare internă este cea din mediu rural în cel urban. Mişcarea migratorie (mecanică) se măsoară prin următorii indicatori:

$$\text{Indicatorul de imigrare} = \frac{\text{Numărul de locuitori sosiţi definitiv într-un an}}{\text{Numărul de locuitori la 1 iulie}} \times 1\,000$$

$$\text{Indicatorul de emigrare} = \frac{\text{Numărul de locuitori plecaţi definitiv într-un an}}{\text{Numărul de locuitori la 1 iulie}} \times 1\,000$$

Sporul (deficitul) migrator = Imigrarea – Emigrarea

Indicatorul, care caracterizează dinamica populaţiei într-un an calendaristic, se numeşte **Sporul anual = Sporul natural + Sporul migrator.**

3.1.7. ÎMBĂTRÂNIREA POPULAŢIEI. ELEMENTE DE GERONTOLOGIE MEDICO-SOCIALĂ

Unul din atributele esenţiale ale epocii pe care o parcurgem îl constituie creşterea continuă, absolută şi procentuală a persoanelor vârstnice în componenţa populaţiei. Acest important fenomen demografic se datorează modificărilor înregistrate de evoluţia principalilor indicatori ai mişcării naturale a populaţiei – natalitatea şi mortalitatea – caracterizaţi printr-o tendinţă constantă de scădere a natalităţii şi fertilităţii, pe de o parte, şi prin scăderea mortalităţii generale (dar mai ales a mortalităţii infantile, a copiilor şi adulţilor tineri), pe de altă parte, fenomen cunoscut sub denumirea de „tranziţie demografică".

Considerată iniţial ca un fenomen specific ţărilor înalt dezvoltate, îmbătrânirea demografică tinde să devină o problemă şi a ţărilor în curs de dezvoltare.

Procesul de îmbătrânire a populaţiei se datorează îndeosebi scăderii natalităţii – îmbătrânirea „de bază" şi mai puţin creşterii duratei medii a vieţii – îmbătrânirea „de vârf", noţiunile referindu-se la baza şi vârful piramidei vârstelor. Asistăm deci, în ţările avansate, la fenomenul „răsturnării piramidei vârstelor". Iniţial, acest fenomen a apărut şi s-a dezvoltat în ţările din Europa Occidentală şi Centrală, pentru ca după cel de-al doilea Război Mondial să se manifeste şi în Europa de Est, SUA, Japonia, Noua Zeelandă, Australia etc.

Fenomenul îmbătrânirii demografice se evaluează cantitativ prin proporţia populaţiei de 60 de ani şi peste (în %) din totalul populaţiei. Numărul persoanelor vârstnice a crescut în lume fără încetare – de la mai puţin de 100 milioane înainte de cel de-al doilea Război Mondial la peste 200 milioane în anul 1950, apoi cca 460 milioane în 1990 şi 590 milioane în anul 2000. În perspectivă se estimează, că această grupă de populaţie va continua să sporească, atingând 1,2 miliarde în 2025, ceea ce va reprezenta 14% din totalul populaţiei Globului.

Se manifestă o corelaţie directă între nivelul indicilor de îmbătrânire demografică şi nivelul dezvoltării social-economice. Astfel, în ţările în curs de dezvoltare se observă niveluri scăzute ale îmbătrânirii populaţiei, ponderea persoanelor vârstnice fiind în general sub 5%, în timp ce ţările dezvoltate înregistrează indici de îmbătrânire demografică de peste 15%.

Conform datelor ONU (2000), proporţia populaţiei de 65 de ani şi peste din total înregistra în ţările europene valorile cele mai ridicate în: Suedia (17,5%), Italia (17,3%), Bulgaria (16,0%), Grecia (16,7%), Norvegia (15,7%), Spania, Belgia şi Germania (15,9%), Marea Britanie (15,4%), iar cele mai scăzute niveluri de îmbătrânire a populaţiei se înregistrau în Malta (11,9%), Rusia (12,6%), România (13,0%), Estonia (14,2%), Lituania (14,4%), Ungaria (14,5%).

În Republica Moldova fenomenul îmbătrânirii demografice a constatat o tendinţă de creştere continuă a ponderii persoanelor vârstnice, care în a. 1939 a constituit 6,1%, în 1990 atingând nivelul de 12,3%, în 1999 12,7%, iar în 2005 alcătuind deja 13,2%.

Referindu-ne la ţările economic dezvoltate, se estimează – cu foarte puţine excepţii – o accentuare a procesului de îmbătrânire demografică. Dacă în 1980 numărul ţărilor, care depăşeau nivelul de 20% vârstnici din totalul populaţiei, era redus (doar Suedia şi Norvegia), spre anul 2000 numărul lor a crescut considerabil: Elveţia, Germania, Suedia, Italia, Belgia, Grecia, Australia, Bulgaria, Danemarca, Ungaria, România, Rusia, Ucraina, Estonia şi altele. Cu unele excepţii, îmbătrânirea populaţiei se va accentua simţitor şi în ţările cu nivel de dezvoltare mai scăzut.

În cursul dezvoltării istorice a omenirii, creşterea duratei medii a vieţii a fost continuă, însă cu un ritm extrem de lent. Progrese spectaculoase au loc în secolul al XX-lea, ajungându-se astăzi (după datele ONU) la o valoare medie de 60 de ani pentru populaţia mondială, de 73 de ani – pentru ţările dezvoltate şi de 57 de ani – pentru ţările în curs de dezvoltare. Se constată, astăzi, în lume o tendinţă de reducere a diferenţelor dintre ţări şi continente în ceea ce priveşte durata medie a vieţii, cu toate că acestea sunt încă simţitoare.

Ţările, care prezintă cele mai ridicate valori ale duratei medii a vieţii (speranţei de viaţă), pentru perioada anilor 1996–2000 sunt prezentate în *tabelul 41*. Pentru comparaţie în tabel sunt prezentate şi datele pe Republica Moldova şi Rusia.

Tabelul 41

Durata medie a vieţii în diferite ţări în perioada anilor 1996–2000

Ţara	Ambele sexe	Bărbaţi	Femei
Suedia	79,29	75,2	82,9
Franţa	79,24	74,9	82,7
Spania	78,71	73,6	80,6
Norvegia	78,37	73,9	81,4
Australia	78,32	73,7	81,1
Olanda	78,11	73,8	80,9
Germania	77,84	73,2	80,1
Anglia	77,54	72,6	79,7

Finlanda	77,05	73,6	80,7
Danemarca	75,88	71,7	77,9
Irlanda	75,88	71,6	77.2
Austria	75,8	72,5	79,3
Portugalia	75,37	71,2	77,4
România	70,6	67,6	74,1
Moldova	67,6	63,9	71,2
Rusia	66.0	63,2	68,5

În acelaşi timp însă unele ţări din Africa înregistrează valori ale duratei medii a vieţii de numai 47 de ani.

Durata vieţii este, de obicei mai scăzută la bărbaţi, ca urmare a „supramortalităţii masculine", fenomen, care se manifestă la toate vârstele. Din această cauză, discrepanţa dintre durata medie a vieţii la cele două sexe tinde să se majoreze, ajungând chiar la valori de 9 ani. În Republica Moldova această diferenţă în a. 2005 a fost de 7,4 ani.

Evoluţia speranţei de viaţă la naştere în Republica Moldova în ultimii 40 de ani este prezentată în *tabelul 42*.

După cum se constată, în ultimele trei decenii, durata medie a vieţii în Moldova a rămas aproape constantă, atât din cauza evoluţiei necorespunzătoare a mortalităţii infantile, cât şi din cauza evoluţiei nafavorabile a nivelului mortalităţii pe vârste.

În condiţiile îmbătrânirii populaţiei se manifestă o tendinţă de creştere a mortalităţii generale brute, deoarece vârstnicii au o mortalitate specifică ridicată.

Tabelul 42

Durata medie a vieţii în republica Republica Moldova

Anii	Ambele sexe	Bărbaţi	Femei
1958	68,0	66,0	70,0
1984	65,5	62,0	69.0
1987	67,8	64,3	71,3
1989	68,9	65,5	72,3
1991	67,7	64,3	71,0
1995	65,9	62,4	69,3
1997	66,7	63,5	70,2
2000	67.6	63,9	71,2
2001	68,2	64,5	71,8
2002	68,1	64,4	71,7
2003	68.1	64.5	71,6
2004	68,4	64,5	72.2
2005	67,8	63,8	71,7

Prin sporirea mortalităţii generale, în condiţiile unei reduceri evidente a natalităţii, fenomenul de îmbătrânire demografică exercită o influenţă nefavorabilă asupra reproducerii populaţiei şi a sporului natural.

Dacă speranța de viață a crescut la naștere (0 ani), speranța de viață la vârstele copilăriei și la adulții tineri crește foarte lent, iar la vârstele înaintate se constată o tendință de stagnare sau chiar de descreștere a acestui indicator, mai cu seamă la bărbați. Fenomenul se observă în toate țările avansate și prin aceasta se pare că progresele privind creșterea duratei medii a vieții, în aceste țări, sunt tot mai greu de obținut. Cauzele constau în mortalitatea prin boli cardiovasculare, cancer și alte boli degenerative, deosebit de redutabile, favorizate de o serie de factori de risc existenți în societățile avansate.

Evident, procesul de îmbătrânire demografică, ca proporție, ca greutate specifică, va rămâne și în continuare mult mai accentuat în țările puternic dezvoltate, însă – sub raport cifric, numeric – volumul vârstnicilor va fi mult mai mare în țările în curs de dezvoltare (care în anul 2000 au constituit aproximativ $^4/_5$ din populația totală a Globului, față de numai $^1/_5$ în țările avansate). Astfel, s-a constatat, că în anul 2000 aproximativ $^2/_3$ din persoanele de 60 de ani și peste au trăit în țările în curs de dezvoltare, față de numai $^1/_3$ în anul 1960. În aceste condiții, rezolvarea problemelor medico-sociale ale populației vârstnice va fi extrem de actuală în toate țările lumii. În plus, vor fi confruntate mult mai serios cu această problematică țările în curs de dezvoltare, adică tocmai acele țări care trec în prezent printr-o serie de dificultăți economice, sociale, politice, care le diminuează cu mult șansele de aplicare a unor strategii de protecție a populației vârstnice.

Dacă proporția vârstnicilor, considerați în general, a sporit în mod apreciabil, nu se poate spune același lucru despre longevivi, și mai cu seamă, despre marii longevivi și centenari. În marea majoritate a țărilor avansate proporția persoanelor peste 85, 90 sau 100 de ani din totalul populației este în scădere. De asemenea, vârsta medie de deces a persoanelor vârstnice a crescut foarte lent sau chiar a stagnat. Se pare că longevitatea nu este favorizată de condițiile de mediu existente în societatea modernă; procesele fără precedent, realizate pe cele mai diverse planuri în țările dezvoltate, nu au reușit să ridice plafonul maxim al vieții populației sau să crească semnificativ proporția persoanelor care se apropie de limita maximă posibilă a vieții omului.

Scăderea impresionantă a mortalității infantile, a copiilor și a adulților a determinat într-adevăr o creștere considerabilă a numărului persoanelor care reușesc să atingă limitele inferioare ale vârstelor înaintate (stabilite demografic la 60 sau 65 de ani). În ceea ce privește, însă, supraviețuirea în continuare a acestor vârstnici (mult mai numeroși decât înainte) nu s-au înregistrat progrese deosebite, aceștia decedând cam la aceleași vârste ca și cu decenii în urmă. Astfel, creșterea duratei medii a vieții nu trebuie interpretată ca un indiciu că viața naturală a oamenilor a fost prelungită, ci aceasta înseamnă, pur și simplu, că – grație realizărilor medicinei și ale progresului social – prin scăderea mortalității premature (precoce), numărul și proporția persoanelor care reușesc să atingă cea de a treia vârstă este în creștere.

Cercetările efectuate asupra familiilor de longevivi au scos în evidență rolul jucat de ereditate în această privință. De asemenea, numeroși autori au studiat în detalii condițiile de mediu și de viață în regiunile Globului unde există condiții propice longevității umane, condiții care favorizează atingerea de către numeroși oameni a unor vârste foarte apropiate de limita maximă a vieții, cum ar fi: valea Vilcabamba (Ecuador), Hunza (Cașmirul pakistanez), Abhazia (Georgia), Siberia

Orientală, delta Dunării, munții Vrancei ş.a. Condițiile naturale şi stilul de viață favorabil acestui fenomen sunt: puritatea aerului, blândețea climatului, numărul mare de zile însorite, absența tensiunii nervoase, regimul alimentar echilibrat, munca la aer liber etc. Ch.W.Hufeland consideră că sunt favorabile longevității: agricultura, grădinăritul, vânătoarea, pescuitul, viața de călugăr, marinar şi militar.

După Bastide, există două „plafoane" ale longevității: unul ar fi 77 de ani, vârsta medie a celor al căror deces este atribuit senilității, iar un al doilea plafon, care constituie la ora actuală durata maximă posibilă a vieții, se situează la 120 ani.

La persoanele, care intră în perioada bătrâneții, starea vaselor are o importanță deosebită. Pentru a atinge vârsta de 100 ani trebuie ocolite cele trei mari obstacole: deficiențele vasculare, cancerul şi bolile respiratorii acute, frecvent întâlnite la bătrâni. Cu toate că durata vieții individuale este „programată" genetic, o medicină şi o igienă bine condusă ameliorează simțitor numărul de ani trăiți şi, mai ales, calitatea acestora.

Problema îmbătrânirii, a limitelor naturale ale vieții preocupă omenirea încă din cele mai vechi timpuri şi pe cele mai diverse planuri: biologic, social, filozofic, etic etc. Ea capătă astăzi o însemnătate crescândă, angajând variate sectoare ale vieții sociale, deoarece omenirea este din ce în ce mai cointeresată în rezolvarea problemelor multiple şi complexe pe care le ridică vârstnicii, contingent de populație în continuă creştere. Preocupările privind bătrânețea, sub diversele şi pasionatele ei fațete, precum şi implicațiile ei asupra celor mai variate domenii de activitate umană, au atins o amploare fără precedent. Ele interesează, în mare măsură, specialişti din diverse domenii de preocupări, care activează adesea sub forma unor colaborări şi integrări multidisciplinare: medici, biologi, sociologi, demografi, economişti, jurişti, statisticieni, psihologi, arhitecți, urbanişti, lucrători din domeniul protecției sociale etc. Problematica vârstnicilor a devenit astfel un element important al politicii social-sanitare şi demografice a fiecărui stat. În ultimele decenii a fost elaborată – prin contribuția savanților din numeroase țări – o metodologie complexă de cercetare, sub toate aspectele, a fenomenului îmbătrânirii populației şi s-a pus la punct un aparat de investigații tot mai perfecționat şi mai ştiințific. Au luat ființă numeroase institute şi centre de studiu specializate, iar bibliografia şi documentarea în domeniul gerontologiei au atins cote impresionante.

Procesul de îmbătrânire demografică are numeroase consecințe şi implicații. Astfel, modificarea raportului dintre populația activă şi cea pasivă determină o creştere a populației dependenților, pe seama adulților neproducători, fenomen care creează probleme dificile de ordin medical şi social-economic pentru familie, comunitate şi societate. Raportul de dependență a crescut, în Moldova, de la 10,1 vârstnici, care reveneau la 100 de persoane de vârstă adultă (15–59 de ani) în 1939, la 23,0% în anul 1990 şi la 21,6% în anul 2000. Creşterea ponderii populației vârstnice în țara noastră a fost însoțită de o îmbătrânire demografică a populației presenescente active (45 de ani şi peste). Față de anul 1939, în 2000, ponderea acestei grupe din totalul populației active (15–59 de ani) a crescut simțitor: de la 18,4% la 27,6%, ceea ce denotă o „îmbătrânire" a forței de muncă. Îmbătrânirea demografică a populației totale şi a celei presenescente, de vârstă activă, îşi relevă caracterul nefavorabil prin consecințele pe care le generează, în primul rând, pe plan economic. Din acest punct de vedere, se constată o scădere a volumului şi o depreciere a cali-

tăţii forţei de muncă, îndeosebi în agricultură, unde, din cauza migraţiei, populaţia este puternic îmbătrânită şi feminizată.

Importante consecinţe generează procesul de îmbătrânire a populaţiei pe planul protecţiei sociale şi al asistenţei medicale persoanelor vârstnice, care reprezintă cel mai numeros grup de populaţie ca adresabilitate, fiind în acelaşi timp categoria populaţională în rândul căreia modificările de vârstă produc creşteri importante ale mortalităţii, morbidităţii şi invalidităţii, şi la care se produce tranziţia de la patologia infecţioasă specifică vârstelor tinere la patologia cronică degenerativă a vârstelor înaintate. Îmbolnăvirile la vârstnici au o prevalenţă ridicată, manifestând o accentuată tendinţă la cronicizare şi la boli asociate. Nu mai este nevoie de argumentat consecinţele grave pe care le antrenează bolile cronice, care ating cu precădere persoanele de vârstă avansată şi necesită măsuri speciale, dificile, de prevenire şi combatere. Predominanţa patologiei cronice în societatea modernă se datorează, pe de o parte, modificărilor survenite în structura pe vârste a populaţiei (vârstnicii devenind din ce în ce mai numeroşi), cât şi unor factori ai mediului şi modului de viaţă actual, care generează o serie de factori cauzali şi de risc răspunzători de profilul morbidităţii în ţările dezvoltate: excesul şi dezechilibrele alimentare, sedentarismul, obezitatea, alcoolismul, tabagismul, polipragmazia, drogurile, stresul psihic, poluarea mediului înconjurător etc. Consecinţele acestora se vădesc în mod deosebit la vârstele înaintate, motiv pentru care – în prezent – perspectivele de creştere în continuare a duratei medii de viaţă în ţările puternic dezvoltate, care au redus la minimum mortalitatea „prematură", sunt destul de reduse.

Morbiditatea populaţiei vârstnice, dominată de bolile cronice şi degenerative, generează probleme noi şi dificile privind asistenţa medicală şi socială „armatei" tot mai numeroase a bătrânilor. Astfel, în condiţiile îmbătrânirii populaţiei, cresc solicitările şi nevoile de asistenţă medicală, apar noi probleme de patologie, diagnostic şi terapie, se diversifică gama măsurilor preventive. Vârstnicii reprezintă un adevărat „inventar de morbiditate", acumulată de-a lungul vieţii, necesitând de aceea un ridicat „consum" medical, îngrijiri multiple şi specializate, care ar îmbina latura medicală cu cea socială. Într-o serie de ţări s-au experimentat şi elaborat, în ultimele decenii, numeroase forme şi metode organizatorice pentru asistenţa medico-socială a vârstnicilor, date fiind caracteristicile lor specifice de patologie, ţinând seama, în acelaşi timp, de trăsăturile psihologice şi problemele sociale pe care le ridică aceştia, remarcându-se însă o mare varietate de concepţii şi soluţii.

Sănătatea şi capacitatea funcţională a vârstnicilor, diferită în raport cu vârsta acestora, reprezintă unul dintre obiectivele majore ale politicii sociale şi sanitare. În numeroase societăţi industrializate cheltuielile pentru asistenţă medico-socială nu numai că au crescut, dar şi au depăşit ritmul de creştere al produsului social brut. De asemenea, în multe ţări dezvoltate cheltuielile pentru asistenţa medicală acordată vârstnicilor constituie aproape jumătate din totalul alocărilor pentru asistenţă medicală, în unele cazuri ajungând chiar la $^{2}/_{3}$ din total. Se consideră că aproape $^{1}/_{3}$ din persoanele de 75 de ani şi peste necesită aplicarea unor măsuri de protecţie şi asistenţă socială, mai ales în legătură cu rezolvarea problemelor de viaţă cotidiană. Odată cu vârsta creşte şi numărul handicapaţilor care necesită ajutor casnic sau instituţionalizat.

În condiţiile specifice vieţii contemporane, de transformări esenţiale şi rapide, care definesc lumea de astăzi, rolul şi locul bătrânului în familie şi comunitate, au

suferit importante modificări. Imaginea anacronică, oarecum literaturizată a acelui bătrân stereotip, înțelept, senil, venerat, a acelui „pater familials", proprietarul întregii averi a familiei, într-o societate compusă din foarte mulți copii şi tineri şi foarte puţini bătrâni, apare total desuetă. Numărul tot mai mare al vârstnicilor, modificarea poziţiei lor familiale, posibilitatea apariţiei unor stări conflictuale între generaţii coexistente pe scena vieții sociale şi familiale necesită un efort de adaptare reciproc din partea tuturor membrilor familiei, dar mai cu seamă din partea vârstnicilor.

Supraadăugarea consecinţelor invalidante ale bolilor cronice la limitările fiziologice datorate vârstei înaintate determină scăderea capacităţii de muncă şi a posibilităţilor de autoservire ale bătrânului, generând numeroase şi complicate probleme de natură socială ca: nevoi de îngrijire medicală, de întreţinere materială, de îngrijire personală a vârstnicilor etc.

În mediul urban, mai ales, un moment cu o semnificație deosebită este cel al pensionării, al încetării activităţii profesionale, care determină variate perturbări de ordin social, familial şi personal. În perioada imediat următoare pensionării au loc, într-o măsură mai mare sau mai mică, la fiecare persoană vârstnică, o serie de modificări importante legate de schimbarea modului de viață, de întreruperea uneori bruscă, nepregătită psihologic, a relaţiilor de muncă, de schimbare a poziţiei şi statutului vârstnicului în cadrul familiei şi al grupului social. Acestea pot lua, uneori, forma unor tulburări grave, caracterizate prin apatie, stări depresive, tendinţă la izolare ş.a. Dacă, după pensionare, omul rămâne fără o ocupaţie concretă, teama de a trăi inutil şi lipsa de speranţă îi diminuează dorinţa firească de a trăi, fapt ce explică unele constatări statistice, care arată o mortalitate mai mare la subiecții pensionați, îndeosebi în primii 5 ani după pensionare. Conform opiniei sociologilor, persoanele vârstnice trebuie să se menţină într-o stare de sănătate cât mai bună, pe de o parte în interesul lor propriu, iar pe de altă parte, şi în interesul general al comunităţii. Bătrânul poate şi trebuie pus în valoare în cadrul vieții sociale ca „un element structural, solid şi necesar" (S. Eitner). Desprindem, de aici, sarcini importante ale gerontologiei sociale în problemele pregătirii pentru pensionare şi elaborarea unor forme integrative de utilizare a capacităţii restante de muncă a vârstnicilor în interesul societăţii, al menţinerii stării de utilitate socială şi al bunei stări de sănătate a acestora.

Studiile privind capacitatea de muncă a vârstnicilor, orientarea şi reorientarea lor profesională prezintă astăzi o deosebită însemnătate şi actualitate; ele au arătat că vârstnicii reacţionează în mod diferit la actul pensionării. Anchetele de opinie, studiile psiho-sociologice efectuate în numeroase ţări au arătat că mulţi pensionari ar fi dorit să-şi continue activitatea. Uneori actul pensionării s-a dovedit a fi stresant, determinând tensiuni şi conflicte în cadrul familiei şi exercitând efecte nefavorabile asupra sănătăţii vârstnicilor şi a îngrijirii acestora care, cumulate cu inactivitatea, grăbesc desfăşurarea procesului de îmbătrânire. Cercetările efectuate au arătat că adeseori, la vârstnici, experiența acumulată în profesie compensează capacitatea fizică diminuată, iar spiritul de analiză şi de răspundere măreşte eficienţa muncii. De asemenea, studiile au arătat că fluctuaţiile, absenteismul şi accidentele de muncă au o pondere mai mică la vârstnici, comparativ cu tinerii.

În acest sens, este foarte important să se estimeze care sunt posibilităţile de utilizare eficientă a populaţiei vârstnice, a capacităţilor creatoare şi a experienţei

acestora la realizarea unei largi game de servicii, de interes stringent pentru familie şi societate. Gerontologia medico-socială militează pentru o bătrâneţe activă, care reprezintă unul dintre factorii favorizanţi ai sănătăţii şi longevităţii vârstnicilor.

La bătrânii din mediul rural problemele analizate mai sus apar cu o frecvenţă mult mai mică. Aceştia trec cu uşurinţă „graniţele" perioadei active formale, deoarece pot continua munca fără nici o restricţie, dacă doresc şi dacă le permite sănătatea. Însă, la vârstnicii din mediul rural se constată situaţii dificile, legate de transformările sociale care au avut loc în ultimele decenii. Astfel, se constată profunde modificări în structura familiei rurale, din cauza migrării masive a tinerilor la oraşe. Acestea au avut importante consecinţe medico-sociale şi economice asupra familiei şi asupra vârstnicilor din mediul rural, care rămân adesea singuri, fapt care creează mari dificultăţi în întreţinerea şi îngrijirea bătrânilor de la sate, pentru care însă nu funcţionează forme organizate de asistenţă socială.

Una dintre cele mai discutate probleme de ordin social o reprezintă cea a modului de asigurare a calităţii vieţii vârstnicului. Tendinţa care se manifestă astăzi în ţările europene (puternic confruntate cu fenomenul îmbătrânirii populaţiei) este de a se evita pe cât este posibil internarea vârstnicului în spital sau azil, prin asigurarea condiţiilor de viaţă la domiciliu, chiar în absenţa adulţilor susţinători. Ponderea ridicată a bătrânilor care trăiesc singuri, mai cu seamă în mediul rural, impune necesitatea organizării unor forme corespunzătoare de ajutor diferenţiat la domiciliu, prin elaborarea unor forme adecvate de asistenţă medicală, a diferitor forme de servicii sociale.

Odată trecut „pragul" de 75 de ani, decesul vârstnicului este înlocuit astăzi (prin creşterea duratei medii de viaţă) de boală cronică, de invaliditate şi chiar de infirmitate. „Tributul" plătit de societate prelungirii vieţii îl constituie sarcina tot mai grea reprezentată de bătrâni şi de pensionari, necesitatea unor investiţii şi cheltuieli pentru satisfacerea nevoilor medicale şi sociale ale acestora, a unor preocupări pentru a se organiza în aşa fel viaţa bătrânilor, încât să se evite izolarea şi decompensările psihice, marginalizarea, pentru a li se asigura o bătrâneţe activă şi demnă.

Pe lângă asigurarea materială, nu este lipsită de importanţă şi problema respectului pentru vârstnic, asigurarea prestigiului său social şi familial. De aceea este importantă cultivarea încă de la vârstele copilăriei a sentimentului de răspundere, de grijă, de delicateţe şi simpatie faţă de bătrâni. Nevoia de a ajuta un vârstnic, de a-i face un serviciu fără a-l jigni, de a-i îndeplini o rugăminte trebuie să se impună în cadrul eticii şi comportamentului tinerei generaţii. Este necesară, deci, iniţierea unor acţiuni de educaţie sanitară geronto-geriatrică a populaţiei, pentru că tinerii de astăzi sunt bătrânii de mâine. Stadiul de civilizaţie al unui popor poate fi apreciat şi prin modul în care societatea reuşeşte să rezolve în mod favorabil problemele multiple şi complexe ale vârstei a treia.

Un domeniu important de preocupări al gerontologiei moderne îl reprezintă problema criteriilor de evaluare a vârstei biologice a omului, în scopul aprecierii modificărilor complexe produse în organism prin scurgerea inexorabilă a timpului. Numeroase cercetări efectuate în această direcţie atestă că modificările involutive de ordin morfologic, fiziologic, biochimic, psihologic, social etc. nu sunt identice la persoanele de aceeaşi vârstă; ca atare, vârsta biologică nu corespunde întotdeauna cu vârsta cronologică, calendaristică. Fiecare om urmează

un ritm propriu de îmbătrânire, mai mult sau mai puțin apropiat de desfășurarea fiziologică a procesului de senescență. Studiile efectuate în această direcție au permis elaborarea numeroaselor criterii clinice, de laborator, psiho-sociologice ș.a. pentru stabilirea vârstei bio-psiho-sociale a omului. Preocupările actuale sunt îndreptate către elaborarea unei metodologii adecvate pentru stabilirea „vârstei biologice medii" a populației prin cuantificarea modificărilor care apar la vârstele avansate la diferitele categorii de populație, precum și pentru elaborarea de noi indicatori-criterii de vârstă, în vederea lărgirii posibilităților de evaluare corectă a ritmului fiziologic de îmbătrânire.

Educația sanitară geronto-geriatrică reprezintă un domeniu specific, deosebit de important al educației pentru sănătate, care vizează linia trasată de Organizația Mondială a Sănătății prin formula cu sens aforistic: „Bătrânețea, o problemă care ne privește pe toți". Această formă educativ-sanitară are ca scop: cunoașterea teoriilor și concepțiilor privind îmbătrânirea, regulilor de igienă și de sanogeneză, de alimentație a vârstnicilor, a patologiei acestei categorii de populație; combaterea gerontofobiei; promovarea rolului profilaxiei în asigurarea unei bune stări de sănătate somato-psihică a vârstnicilor, a importanței participării persoanelor în vârstă la activitatea economico-socială; organizarea rațională a timpului liber al bătrânului ș.a.

Obiectivele majore ale gerontologiei și geriatriei contemporane sunt reprezentate de prevenirea îmbătrânirii precoce, combaterea bolilor cronice degenerative și invalidante, menținerea capacității de muncă și creșterea productivității muncii sociale, prelungirea duratei vieții active, promovarea longevității umane. Scopul gerontologiei nu este numai cel de a prelungi cu orice preț viața omului, dar și acela de a asigura o bătrânețe trăită în condiții de confort și satisfacție. Astăzi predomină concepția că profilaxia și terapia bătrâneții constau, înainte de toate, într-o profilaxie și terapie socială. Ele necesită aplicarea unor măsuri complexe, la realizarea cărora trebuie să-și aducă contribuția numeroși factori de răspundere ai vieții sociale.

Numeroase și pasionante discuții a generat problema îmbătrânirii premature. Speranțele că medicamentele, tratamentele hormonale și alte mijloace produse ar putea asigura în mod miraculos întinerirea organismului s-au dovedit, rând pe rând, irealizabile. Obiectul cercetărilor actuale, mult mai realist, îl reprezintă doar obținerea unei încetiniri a procesului de îmbătrânire, evitarea condițiilor de deficiență a organismului care îmbătrânește și recuperarea vârstnicilor pentru viața familială și socială.

A fost definit și fundamentat conceptul de „gerontoprofilaxie", ca parte componentă a medicinei omului sănătos, conținând un complex de acțiuni care operează prin mijloace medicale și sociale. Măsurile profilactice trebuie să înceapă cu mult înainte de declanșarea clinică a semnelor de îmbătrânire și de boală, încetinind și evoluția acestora. Măsurile pentru prevenirea îmbătrânirii premature se adresează, în mod deosebit, populației active aflate la vârsta de „tranziție" (45–69 de ani), dat fiind că la aceste vârste apar, de obicei, fenomenele de senescență precoce. Ele implică o serie de activități medico-sociale la baza cărora stă dispensarizarea populației între 45-60 de ani din întreprinderi și cartiere, în vederea combaterii unor tulburări funcționale sau organice, care ar putea constitui factori de declanșare și accelerare a ritmului biologic de îmbătrânire. În problema prevenirii îmbătrânirii premature, lucrările mai vechi se refereau îndeosebi la prevenirea și tratarea bolilor

cronice, a autointoxicațiilor, a intoxicațiilor cu alcool și tutun etc. Cercetările din ultimul timp se orientează tot mai mult către studiul factorilor nervoşi, psihici, spirituali. Legat de acest aspect, trebuie relevată importanța atitudinii sănătoase față de viață, a unei anumite „filozofii de viață" (V. Săhleanu).

Numeroşi autori sunt de acord că problemele medico-sociale ale populației vârstnice au suscitat și suscită mult interes, însă numai declarațiile vagi de bune intenții, adesea exagerat de optimiste, nu sunt suficiente. O serie de recomandări judicioase făcute cu diferite prilejuri (comisii de experți, rapoarte, conferințe, congrese ş.a.) nu şi-au găsit de foarte multe ori, după opinia acestor autori, modalitățile concrete de transpunere în viață.

După sociologul Tibbits Clarck, nevoile bătrânilor se pot sintetiza în următoarele:

- de a face un serviciu socialmente necesar;
- de a fi considerat ca o parte dintr-o comunitate;
- de a folosi timpul liber în condiții cât mai satisfăcătoare;
- de a fi recunoscut ca o individualitate;
- de a-şi manifesta propria personalitate;
- de a-şi asigura protejarea şi îngrijirea sănătății;
- de a i se stimula facultățile mintale;
- de a conviețui convenabil cu familia;
- de a avea satisfacții spirituale.

Bătrânețea nu este un simplu proces fiziologic, ci şi o stare de spirit, o stare psiho-socială, de aceea, încetul cu încetul, în condițiile nesatisfacerii nevoilor sale, însingurarea se agravează. Bătrânul vede că, rând pe rând, numărul prietenilor i se îmbolnăvesc grav. De asemenea, se simte neglijat de familie. Acestea sunt cauzele unor manifestări care se încadrează în „depresia mascantă a bătrânului", fenomen care trebuie cunoscut, prevenit şi combătut de către familie, comunitate şi societate (Gh. Crețeanu).

În cadrul problemelor medico-sociale ale populației vârstnice, asistența medicală, asigurarea sănătății acestora deține un rol important. Din punctul de vedere al medicinei sociale, vârstnicul este o „persoană expusă la risc". Această expunere la risc comportă mai multe planuri:

- social (deoarece capacitatea lui de adaptare la noile condiții de viață şi de muncă este diminuată);
- somatic (întrucât procesele de involuție care însoțesc îmbătrânirea slăbesc rezistența organismului la agresiunea factorilor de risc din mediu);
- mintal (în sensul că sărăcia, abandonul, indiferența sau ostilitatea grupului social pot produce cu uşurință ruperea echilibrului său mintal).

De multe ori, în practica medicală, medicul obişnuieşte să escamoteze problema îmbătrânirii și a consecințelor ei sau să o abordeze pe plan strict medical. Din nefericire, până acum medicina s-a preocupat mai mult de boli decât de evoluția firească a organismului vârstnicului. Un alt impediment este acela că, de cele mai multe ori, medicul care îngrijeşte un bătrân este mai tânăr decât acesta (H. Pequignot).

Vârstnicii reprezintă o categorie populațională vulnerabilă, handicapată de prezența bolilor cronice, sechelelor, invalidității etc., care le produc importante alterări fizice, psihice, economice şi de integrare socială, neajunsuri care pot fi atenu-

ate prin aplicarea unor măsuri de recuperare. Spre deosebire, însă, de recuperarea care se adresează populaţiei adulte, care are ca principal obiectiv reluarea activităţii profesionale, recuperarea geriatrică urmăreşte, în primul rând, redarea capacităţii de autoservire şi prevenirea dependenţei sociale.

Până în momentul de faţă nu s-a cristalizat, în nici o ţară, un punct de vedere unitar în ceea ce priveşte formele de îngrijire medicală şi socială a vârstnicilor şi, prin urmare, nu există încă un sistem specializat şi unitar pentru protecţia şi asistenţa medico-socială a bătrânilor care să cuprindă toţi vârstnicii din ţara respectivă. Totuşi, în numeroase ţări în care procesul de îmbătrânire demografică este mai avansat, s-au experimentat şi aplicat o serie de forme şi metode de asistenţă medicală curativo-profilactică, de supraveghere medico-socială activă şi de recuperare, de rezolvare socială a problemelor specifice acestui contingent de populaţie. De regulă, principalele forme de asistenţă medicală sunt acordate vârstnicilor de către reţeaua medico-sanitară pentru adulţi, reţea suprasolicitată de numărul mare de bătrâni bolnavi cronici, care necesită un consum medical ridicat şi o durată crescută de spitalizare. Cercetătorii din diferite ţări au constatat că are loc o „geriatrizare" a spitalelor, ca şi a serviciilor medicale ambulatorii. Asistenţa medicală pentru persoanele vârstnice devine – paralel cu creşterea numărului lor – insuficientă, existând în general o neconcordanţă între volumul asistenţei medicale acordate efectiv şi nevoile mari ale populaţiei vârstnice. La aceasta se adaugă nesensibilizarea personalului medico-sanitar la specificul asistenţei medicale geriatrice.

Reieşind din faptul că până în prezent în Moldova nu s-au stabilit definitiv formele de organizare a asistenţei medicale bătrânilor, le descriem în linii generale pe cele din România şi alte state. Principalele forme de asistenţă geriatrică sunt reprezentate de:

1. Asistenţa profilactică – constă, în principal, în dispensarizarea gerontologică, care se desfăşoară în cadrul dispensarelor medicale ale întreprinderilor industriale, ale unităţilor agricole, precum şi în cabinetele de geriatrie din policlinici, organizarea „punctelor de dispensarizare" revenind direcţiilor sanitare judeţene, sub îndrumarea tehnică şi metodologică a Institutului Naţional Gerontologic-Geriatric.

2. Asistenţa geriatrică curativă – se adresează pacientului vârstnic şi se acordă prin cabinetele geriatrice din cadrul policlinicilor judeţene, precum şi la domiciliul vârstnicilor-invalizi aflaţi în evidenţă. Ea este acordată de către medicii de specialitate, instruiţi în probleme de geriatrie prin cursuri postuniversitare în cadrul Universităţii de Medicină şi Farmacie.

Principalele instituţii de protecţie socială a bătrânilor sunt: Ministerul Muncii, Direcţiile municipale pentru problemele de muncă şi protecţie socială, În cadrul unor spitale, funcţionează secţii pentru bătrâni bolnavi cronici irecuperabili.

Casele de Ajutor Reciproc al Pensionarilor organizează activităţi sociale şi ocupaţionale pentru vârstnici: împrumuturi băneşti, ajutoare materiale, excursii, cluburi pentru vârstnici, activităţi cultural-artistice, sociale, lectorate pentru vârstnici şi chiar forme de asistenţă medicală gratuită.

Sociologii atrag atenţia asupra unor aspecte privind accentuarea „conflictului" dintre generaţii, mai cu seamă în ţările în care structura demografică este „deteriorată" în ceea ce priveşte raportul dintre populaţia productivă şi cea neproductivă. În Germania, Marea Britanie ş.a. legea pensiilor şi asigurărilor sociale a fost amendată

şi modificată în defavoarea pensionarilor, din cauza dificultăţilor asigurării fondului de pensii. Unii specialişti sunt convinşi, că această schimbare demografică va duce la grave situaţii conflictuale, chiar la „lupte nemiloase" între generaţii şi va modifica substanţial structura populaţiei, modul de viaţă, inclusiv peisajul politic.

Aspectele prezentate mai sus, deşi sub o formă mult atenuată, se constată şi în Republica Moldova. Unele neînţelegeri inevitabile dintre generaţii, atitudinea tineretului împotriva gerontocraţiei (promovată de regimul comunist), creşterea marcantă a numărului de pensionari (care solicită inevitabil mărirea simţitoare a fondului de pensii) constituie probleme, care vor trebui rezolvate şi depăşite printr-un efort de conciliere între generaţii, prin instaurarea unui climat sănătos, de deplină colaborare între oameni, indiferent de vârstă.

Conceptul „Sănătate pentru toţi locuitorii planetei până în anul 2000" a fost adoptat de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii ca o strategie globală, de perspectivă, menită să transpună în viaţă asigurarea dreptului fundamental al omului la sănătate. În acest context, s-a vorbit tot mai mult despre „Sănătate pentru toţi oamenii vârstnici până în anul 2010".

Anul 2000 a constituit un bilanţ, un moment de referinţă pentru o serie de ţări care au iniţiat, cu decenii în urmă, programe de gerontoprofilaxie şi terapie, de protecţie medico-socială a vârstnicilor, acţiuni cu „bătaie lungă" în care rezultatele se pot evalua foarte târziu, după o perioadă îndelungată de timp.

La rândul său, ONU a făcut o analiză aprofundată a problematicii populaţiei vârstnice cu prilejul Adunării mondiale asupra îmbătrânirii desfăşurată la Viena (1982), adoptând un program mondial de acţiune şi formulând o serie de recomandări de protecţie socio-economică şi medico-sanitară a persoanelor de vârsta a treia. Pe linia sensibilizării opiniei publice internaţionale şi a factorilor de decizie, forumul mondial a proclamat anul 1982 drept „Anul internaţional al bătrânilor". În 1991, Adunarea Generală ONU a decretat ziua de 1 octombrie drept Ziua Internaţională a Vârstnicului.

Ultimul congres al Asociaţiei Internaţionale de Gerontologie (al XIV-lea, desfăşurat la Acapulco, Mexic) a avut ca temă: „Bătrânul într-o lume nouă". Larga participare a specialiştilor de pe numeroase meridiane ale Globului la această reuniune ştiinţifică a demonstrat că secolul al XXI-lea va trebui să ne găsească pregătiţi pentru impactul cu acest fenomen natural în continuă creştere şi accentuare, care este îmbătrânirea demografică şi, ca atare, gerontologia are toate şansele să devină pretutindeni o specialitate medicală de vârf. Se impune, de asemenea, ca între ţările supradezvoltate şi cele în curs de dezvoltare să se stabilească un mod echitabil de colaborare, ţinându-se seama de factorii economici şi sociali specifici.

Descoperirea unui mijloc eficient de prelungire a vieţii şi de întârziere a bătrâneţii constituie unul dintre visele, dintre deziderатele cele mai vechi şi mai importante ale omenirii. Astăzi, acest obiectiv se realizează treptat graţie progresului medicinei, igienei şi ameliorării condiţiilor de trai. Totuşi, fără o descoperire medico-biologică epocală este foarte puţin probabil ca, în ţările avansate, durata medie a vieţii şi longevitatea umană să mai înregistreze progrese notabile în viitor.

Astăzi se vorbeşte tot mai mult şi mai optimist despre posibilitatea unor „intervenţii radicale" în procesul îmbătrânirii. Datele experimentale recente deschid astfel noi perspective în ceea ce priveşte descifrarea şi influenţarea procesului de

senescență, datorită progreselor înregistrate în domeniul biologiei moleculare. Nu este vorba, deci, numai de prelungirea vieții până la limitele senescenței fiziologice și ale morții naturale, ci și de posibilitatea mutării acestei „bariere" a vieții umane, care ni se pare astăzi de netrecut.

În consecință, eforturile ca o parte tot mai mare a populației să atingă vârstele longevității, oferite de imensele progrese ale medicinei și societății, prin reducerea continuă a deceselor premature, se conjugă astfel cu lupta grea, pe plan biologic și genetic, pentru prelungirea limitelor biologice actuale ale vieții. Însă o viață respectabilă și trăită plenar până la adânci bătrâneți e posibilă doar într-o societate dreaptă și prosperă, orientată spre binele și fericirea omului.

3.2. MORBIDITATEA POPULAȚIEI

Morbiditatea reprezintă un criteriu important în aprecierea stării de sănătate a populației sub diverse aspecte ale ei, acestea fiind: vârsta, sexul, profesia, condițiile de trai, muncă, factorii de mediu etc.

Morbiditatea, la fel ca și starea sănătății populației, este determinată de mai mulți factori ca:

- condițiile de viață și de activitate;
- nivelul și caracterul forțelor de producere;
- bunăstarea populației, inclusiv alimentarea, odihna și educația;
- factorii psiho-emoționali, ereditatea și constituția;
- protecția socială și asigurarea socială;
- nivelul, accesibilitatea și calificația asistenței medicale;
- condițiile mediului ambiant etc.

Acești factori cu gradul de influență a lor asupra sănătății populației sunt grupați în 4 grupe, aceștia fiind:

- factorii social-economici;
- factorii biologici;
- factorii mediului ambiant;
- factorii accesibilității și calității asistenței medicale.

Prin ***morbiditate*** – ca termen general, înțelegem fenomenul îmbolnăvirilor la populația unui teritoriu sau a unei colectivități. Ea cuprinde totalitatea cazurilor de îmbolnăvire într-o perioadă de timp, constatate la un moment dat, sau în dinamică.

Boala considerată ca o alterare a „bunăstării fizice, psihice și sociale", poate avea intensități și delimitări: de la o simplă senzație de jenă, de rău, de suferință până la starea gravă (alterare bruscă a sănătății sau agravarea bolii existente) ce pune în pericol viața sau funcția unui organ.

Din cele peste 5 mii de boli existente, unele pot fi diagnosticate aproape cu exactitate (rujeolă, fractură de femur etc.), iar altele, având limite neprecise, servesc drept surse de interpretări greșite sau de erori (viroză, nevroză etc.).

Boala poate fi depistată și tratată numai atunci, când bolnavul se adresează la medic. De aici și provine noțiunea de ***„adresabilitate"***, care este numărul absolut de adresări primare la medic în cazuri de îmbolnăvire, pe parcursul anului de gestiune.

Totalitatea adresărilor primare și a adresărilor repetate în anul de gestiune se numește ***rată a vizitelor***.

Pentru studiul mai profund al morbidităţii se utilizează trei termeni speciali:

1. incidenţă;
2. prevalenţă;
3. afecţiune patologică.

Incidenţa reprezintă o totalitate de maladii, depistate pentru prima dată în viaţă la un grup de populaţie şi înregistrate pentru prima dată în anul de gestiune.

Prevalenţa este totalitatea bolilor prima dată înregistrate în decursul anului de gestiune la populaţia unui teritoriu.

Afecţiunea patologică constituie totalitatea afecţiunilor morfologice şi funcţionale depistate, de regulă, în timpul examenului medical complex *(inclusiv stările premorbide, care la moment nu-l deranjează pe pacient, dar în cazul acţiunii negative a unor factori pot favoriza îmbolnăvirea)*.

Afecţiunea patologică se determină activ în timpul examenului medical şi rar serveşte drept motiv de adresare la medic, dat fiind caracterul ei static.

Componenţa afecţiunii patologice poate fi cea mai diversă. În majoritatea cazurilor acest fenomen include:

- defecte profunde (orbire, asurzire, anomalii congenitale);
- procese patologice finalizate (invaliditate prin enoftalmie, lipsa unei extremităţi etc.);
- forme şi stări premorbide (ametropie, daltonism, scolioză etc.).

Nivelul sau rata acestor trei fenomene, se poate determina prin calcularea indicilor intensivi respectivi la 1 000 de locuitori.

Rezultatele studierii diferitor aspecte ale morbidităţii generale se utilizează în practica activităţii instituţiilor şi organelor ocrotirii sănătăţii în următoarele scopuri:

- aprecierea stării de sănătate a populaţiei;
- analiza schimbărilor în patologia populaţiei;
- determinarea factorilor de risc la anumite patologii;
- argumentarea măsurilor de asanare incluse în planul de activitate;
- evaluarea eficacităţii măsurelor întreprinse;
- dirijarea operativă a activităţilor instituţiei curativ-profilactice;
- planificarea curentă şi de perspectivă a cadrelor medicale;
- optimizarea structurilor ocrotirii sănătăţii şi instituţiilor medicale;
- organizarea ştiinţifică a activităţilor;
- planificarea curentă şi de perspectivă a reţelei de instituţii medicale şi a organelor ocrotirii sănătăţii;
- coordonarea şi confirmarea politicii statului în pregătirea cadrelor medicale;
- argumentarea politicii de sănătate a statului în cadrul reformelor efectuate;
- argumentarea normativelor necesităţii în asistenţă medicală specializată,
- evaluarea eficacităţii activităţii instituţiilor medicale şi a organelor ocrotirii sănătăţii;
- planificarea direcţiilor de investigări ştiinţifice.

Dar mai întâi de toate, rezultatele studierii morbidităţii se folosesc în planificarea şi efectuarea măsurilor curativ-profilactice, sanitaro-antiepidemice şi de dispensarizare a pacienţilor din grupele de risc.

Sursele de informaţie în studiul morbidităţii sânt: datele despre adresabilitate în instituţiile medicale, datele examenului medical complex, datele cauzelor deceselor.

Informaţia se colectează prin următoarele canale:
- toate tipurile de instituţii curativ-profilactice (morbiditatea generală şi tipurile ei);
- sindicatele (incapacitatea temporară de muncă);
- organele protecţiei sociale (incapacitatea permanentă şi invaliditatea);
- organele statistice (mortalitatea populaţiei) .

Tipurile de morbiditate. Deosebim următoarele tipuri de morbiditate:

1. Morbiditatea după datele adresabilităţii, care include subtipurile:
   a) morbiditatea generală;
   b) morbiditatea infecţioasă;
   c) morbiditatea spitalicească;
   d) morbiditatea cu incapacitatea temporară de muncă;
   e) morbiditatea neepidemică.
2. Morbiditatea după datele examenului medical complex şi dispensarizării;
3. Morbiditatea după datele cauzelor mortalităţii.

Studiul separat al tipurilor de morbiditate se explică prin următoarele cauze:
- în cazul morbidităţii infecţioase se cer imediat efectuate măsurile antiepidemice;
- în cazul morbidităţii spitaliceşti este necesar de a planifica şi reprofila fondul de paturi;
- în cazul morbidităţii cu incapacitate temporară pentru determinarea prejudiciilor economice;
- în cazul morbidităţii neepidemice se furnizează date despre răspândirea maladiilor social periculoase.

Fiecare tip de morbiditate îşi are formularul său statistic de evidenţă şi totalizare:
- În studiul morbidităţii generale folosim Tichetul statistic şi Cartela ambulatorică.
- În studiul morbidităţii infecţioase folosim Fişa de comunicare urgentă.
- În studiul morbidităţii spitaliceşti folosim Fişa de externare.
- În studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă Buletinul de concediu medical.
- În studiul morbidităţii neepidemice Avizul special în caz de îmbolnăvire cu ...

Pentru evaluarea morbidităţii se utilizează coeficienţi calculaţi ca raport dintre numărul absolut de maladii către numărul de populaţie de pe teritoriul deservit, exprimat în %, promile, prodecimile.

3.2.1. METODELE DE STUDIERE A MORBIDITĂŢII

Studiul morbidităţii populaţiei se efectuează prin:
1. metoda adresabilităţii populaţiei în instituţiile medicale;
2. metoda examenului medical complex;
3. metoda studiului cauzelor deceselor.

3.2.2. MORBIDITATEA STUDIATĂ PRIN METODA ADRESABILITĂŢII

3.2.2.1. MORBIDITATEA GENERALĂ

Prelucrarea informaţiei colectate prin adresabilitatea populaţiei în instituţiile medicale este metoda de bază în studiul morbidităţii.

Totuşi, această informaţie nu permite să depistăm toate bolile în starea premorbidă sau cronică. Informaţia dată are mai mult caracter informativ sau de semnalizare. În baza ei se trag concluzii despre răspândirea şi dinamica relativă a morbidităţii populaţiei.

Pentru a obţine rezultate mai aproape de adevăr, mai reale, se impun cercetări speciale în baza totalităţilor selective. Asemenea cercetări se întreprind periodic, de obicei o dată în 10 ani, când se efectuează recensământul populaţiei.

Cu acest scop, morbiditatea se poate studia profund sub diverse aspecte (contingente ale populaţiei, vârste, sex, profesii, localitate, forme nosologice etc.), în funcţie de scopul cercetării planificate.

Adresabilitatea populaţiei în instituţiile medicale ne permite de asemenea, să determinăm şi aşa indici, cum sunt:

- asigurarea cu medici;
- volumul şi specializarea asistenţei medicale;
- accesibilitatea la asistenţa medicală specializată;
- atitudinea bolnavului faţă de propria sănătate;
- nivelul pregătirii statistice a personalului medical;
- dezvoltarea ştiinţei medicale şi practicii ocrotirii sănătăţii în genere;
- competenţa de îndeplinire a documentaţiei medicale;
- nivelul de cultură generală şi sanitară a pacienţilor şi personalului medical etc.

La studierea morbidităţii generale, ca unitate de observaţie este considerată cea dintâi adresare (adresare primară) cu maladia dată în instituţiile medicale sau la domiciliul bolnavului în decursul anului calendaristic.

Ca sursă de informare serveşte Tichetul statistic pentru înregistrarea diagnosticelor finale (025–2/u).

În acest tichet, în rubrica diagnosticului depistat şi precizat de medic pentru prima dată în viaţă se înscrie semnul plus (+), dar dacă bolnavul s-a adresat prima dată în anul curent cu o boală al cărei diagnostic a fost stabilit în anii precedenţi, atunci în această rubrică se notează semnul minus (–). Tichetele cu semnul (+) servesc la determinarea incidenţei absolute, iar împreună luate cu semnul (–) – la determinarea prevalenţei absolute a populaţiei, iar recalculate la 1 000 de locuitori vor reprezenta indicii respectivi.

În cazul adresărilor repetate pentru aceeaşi boală în decursul anului, la îndeplinirea tichetului nu se pune nici un semn sau se înscrie cifra 0. Acestea se numesc vizite repetate, iar luate împreună cu tichetele însemnate cu semnele (+) şi (–) vor determina volumul asistenţei medicale prestate în decursul anului.

În cazul bolilor acute, fiecare primă adresare poate fi considerată ca primară (fractură, anghină, carbuncul, furuncul etc.).

Tichetele statistice sunt completate de asistenta medicală sub indicaţiile medicului, care mai apoi se transmit în cabinetul statistic al instituţiei medicale, unde acestea se repartizează după circumscripţii, iar în cadrul lor, după boli, clase nosologice sau după alte principii.

Această formă de păstrare favorizează prelucrarea datelor şi estimarea nivelului morbidităţii incidente şi prevalente a populaţiei în decursul anului viitor.

În activitatea instituţiilor curative de ambulatoriu se practică înscrierea diagnosticului precizat nu numai în tichetul statistic pentru înregistrarea diagnostice-

lor finale, dar şi în fişa medicală de ambulatoriu, în „Lista diagnosticelor (precizate) finale". Consultând această listă, medicul poate face o legătură între aceste maladii şi starea generală curentă a bolnavului.

Informaţia privind adresările la medic nu include cazurile de internare în spitalul de urgenţă, cazurile de moarte subită în urma unei boli acute sau acutizarea celei cronice, dacă rudele nu s-au adresat la medic. În acest caz, nefiind vorba de un număr prea mare de cazuri, s-a constatat, că ele nu influenţează esenţial nivelul morbidităţii populaţiei.

Acest fapt denotă că adresările populaţiei în instituţiile curativo-profilactice sunt criteriul de bază în determinarea nivelului incidenţei şi prevalenţei.

Nivelul adresabilităţii populaţiei poate fi completat prin datele examenului medical (preventiv, periodic sau cu un anumit scop), care pune în evidenţă diverse stări premorbide. Descoperirea stărilor premorbide favorizează efectuarea profilaxiei primare.

Pe baza informaţiei despre nivelul morbidităţii generale şi particularităţile ei de vârstă, sex, caracterul sezonier, localitate, profesie, ocupaţie, condiţii de trai etc. se elaborează măsurile concrete de profilaxie primară şi secundară, se stabileşte necesitatea în cadre medicale, necesitatea în paturi de spital etc.

Nivelul şi structura morbidităţii generale a populaţiei republicii noastre sunt expuse în *tabelul 43*.

În tabel observăm că cele mai frecvente sunt următoarele maladii:

- bolile organelor respiratorii,
- traumatismele şi intoxicaţiile,
- bolile infecţioase şi parazitare.

Cercetarea profundă a morbidităţii generale favorizează stabilirea diagnosticului la persoanele foste bolnave, iar pe baza acestor date se calculează indicii morbidităţii persoanelor, care au suferit de diferite boli şi numărul mediu de boli, care revin la un bolnav în decurs de un an. În acest scop toate tichetele statistice pentru înregistrarea diagnosticului final se aranjează în ordinea alfabetică, după numele de familie şi viza de reşedinţă.

Tabelul 43

MORBIDITATEA GENERALĂ A POPULAŢIEI MOLDOVEI DUPĂ DATELE ADRESABILITĂŢII a. 2005 (la 10 000 de locuitori)

Nr. clasei	Denumirea claselor	Incidenţa				Prevalenţa			
		structura %	total	adulţi	copii	structura %	total	adulţi	copii
I	Boli infecţioase şi parazitare	**10,9**	439,1	248	1021,3	9,3	667,3	518,5	1120,8
II	Tumori	1,0	39,3	50,3	5,9	2,5	175	229,1	12,7
III	Bolile sistemului sangvin, hematopoietic şi imun	1,7	45,1	11,9	146,0	1,3	94,3	28,9	293,7
IV	Bolile endocrine, de nutriţie şi metabolism	0,9	35,5	23,5	71,9	2,5	175,1	188,2	135,2
V	Tulburări mintale şi de comportament	2,2	88,5	91,7	78,6	6,6	458,5	525,5	254,2

VI	Bolile psihice	1,5	60,2	60,6	59,2	6,4	463,7	541,7	158,3
VII	Bolile sistemului nervos	1,6	63,2	54,1	90,9	2,0	151,8	128,4	223,2
VIII	Bolile urechii şi apofizei mastoide	3,5	140,8	110,1	234,3	2,2	175,4	144,6	269,1
IX	Bolile aparatului circulator	2,3	89,2	112,0	19,7	7,3	514,7	662	65,8
X	Bolile aparatului respirator	**34,4**	1353,2	769,6	3131,4	22,1	1538,9	963	3293,4
XI	Bolile aparatului digestiv	5,4	214,5	186,9	298,6	12,8	904,3	847,5	1077,5
XII	Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat	6,5	246,8	197,4	397,4	3,8	274,9	223,7	438,8
XIII	Bolile sistemului locomotor şi ţesutului conjunctiv	3,5	136,9	167,7	43	4,1	288	355,1	85,8
XIV	Bolile aparatului urogenital	6,1	238,7	286,5	92,9	6,3	472,1	543,5	254,4
XV	Sarcina, naşterea, lăuzia	3,2	125,7	166,2	2,5	1,5	130,9	173,1	2,5
XVI	Afecţiuni perinatale	0,6	27	109,3	34,5	–	–	–	139,6
XVII	Malformaţii şi anomalii cromozomiale	0,2	9,8	2,6	31,9	0,5	43,3	17,2	122,6
XVIII	Simptome şi alte manifestări neclasate	0,2	7,9	4,7	17,9	1,6	129	7,6	29,2
XIX	Traumatisme, intoxicaţii ş.a. afecţiuni exogene	**12,4**	490,4	498,8	477,2	7,3	504,0	509,5	487,4
	Sumar pe clase	100,0	39272	3107,7	6424,2	100,0	6897	6334,7	8610,4

La studierea morbidităţii generale se folosesc valorile relative (indicii intensivi, extensivi, ilustrativi şi dinamici) şi medii, coeficientul corelaţiei, prezentarea grafică etc. Există, însă, şi indici intensivi speciali, cu ajutorul cărora se determină frecvenţa anumitor boli la 1 000 de locuitori în funcţie de vârstă, sex, mediu de trai etc.

Astfel, cel mai mare nivel al morbidităţii se înregistrează în vârsta copilăriei şi adolescenţei (0–18 ani) şi la vârstele înaintate (peste 60 de ani).

Analiza morbidităţii sub aspectul sexului arată că la bărbaţi predomină boala ulceroasă, gastrita etc., iar la femei afecţiunile căilor biliare.

3.2.2.2. MORBIDITATEA INFECŢIOASĂ

O sarcină importantă a organelor şi instituţiilor ocrotirii sănătăţii o constituie efectuarea permanentă a măsurilor profilactice preventive şi curente în combaterea bolilor infecţioase. Toate cazurile de boli infecţioase depistate în instituţiile curativ-profilactice se înregistrează într-un registru special; despre ele este informat şi centrul teritorial de medicină preventivă.

Instituţiile medicale prezintă în centrele de medicină preventivă şi dări de seamă aparte pe gripă şi bolile acute ale organelor respiratorii.

Pentru studierea morbidităţii infecţioase, ca unitate de observare se foloseşte fiecare caz sau suspiciune de boală infecţioasă, iar ca sursă de informaţie „Fişa de declarare urgentă despre depistarea bolilor infecţioase, intoxicaţiilor şi toxiinfecţiilor alimentare şi profesionale acute, reacţii adverse la administrarea preparatelor

imunobiologice – formularul nr. 058/e". La completarea acestui document se acordă o deosebită atenţie măsurilor sanitare antiepidemice şi confirmării pe cale de laborator a diagnosticului stabilit.

Alt document de înregistrare a bolilor infecţioase este "Fişa epidemiologică de examinare a focarului cu afecţiune infecţioasă" (formularul nr. 357/u), care are trei variante:

– infecţii intestinale;
– tifosul transmis prin paraziţi;
– infecţii aerogene.

Pe baza acestor documente Centrul Teritorial de Medicină Preventivă întocmeşte dări de seamă lunare şi anuale despre morbiditatea infecţioasă şi otrăviri ale populaţiei urbane şi rurale. Analiza morbidităţii infecţioase se efectuează prin următorii indici:

– intensivi (după boli, vârstă, sex etc.);
– extensivi (structura morbidităţii);
– privind particularităţile sezoniere şi dinamica;
– de răspândire a morbidităţii prin focare şi teritoriale;
– termenul depistării bolii şi de stabilire a diagnosticului final, de internare în spital;
– privind rezultatul tratamentului etc.

Aceşti indici se calculează pe anumite boli (otrăviri) şi grupuri de boli la adulţi şi la copii, care locuiesc în localităţile urbane şi rurale.

Nivelul morbidităţii infecţioase în mediul urban, rural şi pe republică la 100 mii de locuitori, constitue 953, 1 524 şi 1 238 de cazuri respectiv. De aceasta se ţine cont la elaborarea măsurilor profilactice.

Înregistrarea şi evidenţa se efectuează pe următoarele grupe de boli infecţioase:

– bolile care necesită respectarea carantinei (holera, pesta, variola, tifosul recurent etc.);
– tuberculoza şi bolile dermatovenerologice;
– bolile la care instituţiile curativ-profilactice prezintă Centrului Teritorial de Medicină Preventivă numai date sumare (gripa, infecţiile căilor respiratorii etc.);
– bolile despre care se prezintă informaţii detaliate în Centrul Teritorial de Medicină Preventivă (febra tifoidă, dizenteria, enteritele, tusea convulsivă, scarlatina etc.).

3.2.2.3. MORBIDITATEA NEEPIDEMICĂ

În sistemul operativ statistic de stat se efectuează şi evidenţa bolilor neepidemice, se determină frecvenţa lor, sfârşitul letal, însemnătatea socială şi epidemiologică. Aceste boli urmează să fie depistate şi luate la evidenţă cât mai precoce şi necesită examinare detaliată şi tratament specializat. Studiul epidemiologic, stabilirea cauzelor apariţiei şi factorilor de risc mai prevăd şi efectuarea profilaxiei primare în cazul lor.

În ultimii ani s-a schimbat considerabil structura morbidităţii populaţiei, de aceea organele şi instituţiile ocrotirii sănătăţii acordă o deosebită atenţie evidenţei

stricte, în toate localitățile, a bolilor neepidemice (tuberculoza activă, sifilisul, gonoreea, tricofiția, microsporia, favusul, trahomul, cancerul, bolile psihice).

Studierea acestor afecțiuni se bazează pe unitatea de observare, care este bolnavul cu diagnosticul acestor maladii depistate și precizate pentru prima dată în viață la persoana în cauză. Sursa de informare este documentul statistic „Avizul despre bolnavul cu diagnostic, caz de boală ... " (formularul nr. 089/u). Fiecare medic, după ce a pus un astfel de diagnostic, este obligat să expedieze în decurs de trei zile acest document în dispensarele teritoriale respective, iar în lipsa lor – la spitalul central, județean. În aceste instituții documentele se prelucrează și se analizează indicii analogi privind morbiditatea generală (la 100 mii de locuitori). Tot aici fiecare caz de boală depistat pentru prima dată este înregistrat în „Fișa de dispensarizare", efectuându-se astfel dispensarizarea activă a acestor contingente de bolnavi.

Nivelul incidenței și prevalenței bolilor neepidemice în diferite localități și în total pe republică este reprezentat în tabelul de mai jos (*tabelul 44*).

Tabelul 44

Incidența și prevalența bolilor neepidemice la 100 mii de locuitori, în a. 2005, după datele adresabilității

Localitatea	Incidența				Prevalența			
	cancer	boli psihice	tuberculoză	alcoolism	cancer	boli psihice	tuberculoză	alcoolism
Urbană	175.3	485.7	79.1	118.7	1187.1	2501.2	177.8	1025.3
Rurală	155.5	350.7	51.2	103.0	818.3	2307.9	182.4	1339.9
Pe republică	161.2	389.7	59.2	120.3	924.6	2376.8	250.0	1354.3

Studierea bolilor neepidemice principale în majoritatea cazurilor are caracter de cercetare epidemiologică. În prezent există metodologii cu un grad înalt de precizie și foarte amănunțite pentru determinarea datelor epidemiologiei cancerului, bolilor cardiovasculare. Pe baza datelor obținute se alcătuiesc programe complexe privind combaterea și profilaxia maladiilor neepidemice respective.

3.2.2.4. MORBIDITATEA CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ

Incapacitatea temporară de muncă este starea organismului când dereglările funcționale provizorii, determinate de boală, împiedică efectuarea funcțiilor profesionale. Prin urmare, morbiditatea în cauză se studiază numai la populația care lucrează la întreprindere, fabrică, uzină etc. și care posedă dreptul la compensarea salariului din contul statului sau al patronului în caz de incapacitate de muncă. Prin această morbiditate se poate caracteriza starea sănătății persoanelor lucrătoare și determina eficacitatea măsurilor de profilaxie.

Drept unitate de evidență a morbidității cu incapacitate temporară de muncă este folosit cazul respectiv, iar sursa de observație este Certificatul de concediu medical, care are însemnătate statistică (la studierea morbidității cu incapacitate temporară de muncă), financiară (la compensarea salariului prin asigurările sociale) și juridică (motivează lipsa legitimă a lucrătorului de la serviciu).

La toate întreprinderile, instituțiile etc., comitetele sindicale și medicii unităților medico-sanitare întocmesc o dare de seamă specială (formularul nr. 16) (Z-1) în fiecare trimestru, semestru și anual, care se expediază comitetului sindical de ramură. În această dare de seamă se indică numărul muncitorilor, cazurilor și zilelor cu incapacitate de muncă. Descrierea se efectuează conform listei de boli menționate mai sus, celelalte cazuri se înscriu la rubrica „alte boli". Pe baza informației din formular se calculează următorii indici:

1. numărul de cazuri cu incapacitate temporară de muncă la 100 de lucrători;
2. numărul de zile cu incapacitate temporară de muncă la 100 de lucrători;
3. durata medie a unui caz de boală cu incapacitate temporară de muncă;
4. structura zilelor și cazurilor cu incapacitate temporară de muncă;
5. procentajul incapacității temporare de muncă;
6. numărul persoanelor, care sunt bolnave frecvent și o perioadă îndelungată.

Astfel, nivelul morbidității cu incapacitate temporară de muncă în Republica Moldova constituie la 100 de lucrători:

1. numărul de cazuri cu incapacitate de muncă la 100 de lucrători – 67;
2. numărul de zile cu incapacitate de muncă la 100 de lucrători – 853;
3. durata medie a unui caz cu incapacitate temporară de muncă – 12,7 zile.

De multe ori este necesar, însă, a studia mai aprofundat particularitățile morbidității cu incapacitate de muncă. Pentru aceasta se folosesc următoarele surse de informație:

1. certificatul de concediu medical;
2. fișa evidenței personale a lucrătorilor cu incapacitate temporară de muncă din cauza bolii;
3. fișele speciale pentru efectuarea cercetării științifice a fenomenului, unde se includ toate aspectele conform scopului cercetării.

Pentru o analiză a morbidității se mai calculează următorii indici:

1. procentul lucrătorilor care în decursul anului n-au fost bolnavi;
2. indicii morbidității pe grupe de vârstă, sex etc.

Repartizarea lucrătorilor bolnavi conform duratei incapacității temporare de muncă ne permite să aflăm :

- cota lucrătorilor, care sunt frecvent bolnavi (40%);
- cota celor, care sunt bolnavi timp îndelungat (17%);
- cota celor, care se îmbolnăvesc frecvent și îndelungat (4%).

Se calculează, de asemenea, și procentul recidivelor, acutizărilor și complicațiilor etc.

Aplicarea în practică a măsurilor curativ-profilactice bazate pe aceste cercetări aprofundate contribuie la micșorarea nivelului morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

3.2.2.5. MORBIDITATEA SPITALICEASCĂ

Morbiditatea spitalicească reprezintă evidența tuturor cazurilor de internare în spital și se calculează, ca și morbiditatea generală, la 1 000 de locuitori în indici totali și speciali. Această morbiditate include un număr mai mic de boli decât morbiditatea generală, și anume acele maladii, care sunt mai grave și decurg mult mai îndelungat.

Unitatea de observare este cazul de internare în spital, iar sursă de evidență – „Fişa statistică a persoanei externate din staționar" (formularul nr. 066/u), fişa medicală a bolnavului de staționar (formularul nr. 003/u). Pe baza prelucrării statistice a acestor date se obține informația necesară pentru aprecierea nivelului şi structurii morbidității spitaliceşti în diversele ei aspecte (teritorial, clase, forme, grupe de boli, vârstă, sex etc.).

Informaţia privind morbiditatea spitalicească ne permite:

- să precizăm termenul internării în staționar;
- nivelul asistenței medicale acordate bolnavului;
- durata şi rezultatul tratamentului etc.

O importanță deosebită are calcularea indicelui letalității spitaliceşti.

Pe baza datelor morbidității generale şi spitaliceşti se poate calcula nivelul necesității populației în spitalizare şi eficacitatea ei.

Morbiditatea spitalicească se studiază şi prin următorii indici:

- nivelul spitalizării;
- structura morbidității spitaliceşti;
- durata medie a unui caz de internare în spital;
- repetarea spitalizării;
- rezultatul tratamentului;
- calitatea diagnosticului;
- eficacitatea diferitor metode de tratament etc.

Structura morbidității spitaliceşti diferă cu mult de structura morbidității generale. În funcție de rang, pe primele trei locuri se plasează următoarele grupe de maladii:

I. Bolile infecțioase şi parazitare.
II. Bolile organelor digestive.
III. Traumatismele.

Aceste grupe de maladii constituie $^{2}/_{3}$ din toată morbiditatea spitalicească.

Spitalizarea repetată pe una şi aceeaşi boală în decursul anului este condiționată de următorii factori organizatorici:

1. examinarea superficială a bolnavului;
2. tratamentul ineficient;
3. prognozarea şi decizia incorectă a expertizei;
4. lipsa sau dispensarizarea superficială;
5. nerespectarea regimului de activitate şi odihnă de către bolnav.

Analiza cazurilor de spitalizare repetată cu una şi aceeaşi boală în decursul anului favorizează cunoaşterea schimbărilor în evoluția bolii, fapt care nu este posibil în cazul unei singure spitalizări.

De informația privind nivelul şi structura morbidității spitaliceşti se ține cont la planificarea şi reprofilarea fondului de paturi în spital. În republică, nivelul spitalizării constituie 14% din numărul bolnavilor care s-au adresat în decursul anului în instituțiile curativ-profilactice.

3.2.3. STUDIUL MORBIDITĂȚII ÎN BAZA REZULTATELOR EXAMENELOR MEDICALE

Această metodă permite depistarea unor stări premorbide puțin manifeste şi boli cronice latente nesesizate încă de pacient. Rezultatele examenului medical le putem

Unitatea de observare este cazul de internare în spital, iar sursă de evidență – „Fişa statistică a persoanei externate din staționar" (formularul nr. 066/u), fişa medicală a bolnavului de staționar (formularul nr. 003/u). Pe baza prelucrării statistice a acestor date se obține informația necesară pentru aprecierea nivelului şi structurii morbidității spitaliceşti în diversele ei aspecte (teritorial, clase, forme, grupe de boli, vârstă, sex etc.).

Informația privind morbiditatea spitalicească ne permite:

- să precizăm termenul internării în staționar;
- nivelul asistenței medicale acordate bolnavului;
- durata şi rezultatul tratamentului etc.

O importanță deosebită are calcularea indicelui letalității spitaliceşti.

Pe baza datelor morbidității generale şi spitaliceşti se poate calcula nivelul necesității populației în spitalizare şi eficacitatea ei.

Morbiditatea spitalicească se studiază şi prin următorii indici:

- nivelul spitalizării;
- structura morbidității spitaliceşti;
- durata medie a unui caz de internare în spital;
- repetarea spitalizării;
- rezultatul tratamentului;
- calitatea diagnosticului;
- eficacitatea diferitor metode de tratament etc.

Structura morbidității spitaliceşti diferă cu mult de structura morbidității generale. În funcție de rang, pe primele trei locuri se plasează următoarele grupe de maladii:

I. Bolile infecțioase şi parazitare.
II. Bolile organelor digestive.
III. Traumatismele.

Aceste grupe de maladii constituie $^{2}/_{3}$ din toată morbiditatea spitalicească.

Spitalizarea repetată pe una şi aceeaşi boală în decursul anului este condiționată de următorii factori organizatorici:

1. examinarea superficială a bolnavului;
2. tratamentul ineficient;
3. prognozarea şi decizia incorectă a expertizei;
4. lipsa sau dispensarizarea superficială;
5. nerespectarea regimului de activitate şi odihnă de către bolnav.

Analiza cazurilor de spitalizare repetată cu una şi aceeaşi boală în decursul anului favorizează cunoaşterea schimbărilor în evoluția bolii, fapt care nu este posibil în cazul unei singure spitalizări.

De informația privind nivelul şi structura morbidității spitaliceşti se ține cont la planificarea şi reprofilarea fondului de paturi în spital. În republică, nivelul spitalizării constituie 14% din numărul bolnavilor care s-au adresat în decursul anului în instituțiile curativ-profilactice.

3.2.3. STUDIUL MORBIDITĂȚII ÎN BAZA REZULTATELOR EXAMENELOR MEDICALE

Această metodă permite depistarea unor stări premorbide puțin manifeste şi boli cronice latente nesesizate încă de pacient. Rezultatele examenului medical le putem

folosi pentru precizarea nivelului real al morbidității populației. Astfel se iau în calcul bolnavii, care nu s-au adresat la medic, dar necesită asistență medicală și sunt excluși cei, la care diagnosticul nu s-a confirmat (se au în vedere maladiile, cu care bolnavul s-a adresat în anii precedenți). Rezultatele examenului medical prezintă o importanță deosebită când investigațiile sunt efectuate de specialiști înalt calificați.

Examenele medicale permit folosirea și unificarea diferitor forme de precizare a diagnosticului și aprecierea nivelului real al morbidității generale.

În decursul examenului medical este mai simplu de repartizat bolnavii depistați în următoarele grupe:

- „practic sănătoși", care nu au nevoie de asistență medicală;
- bolnavi, care necesită asistență medicală specializată în condiții de ambulatoriu;
- bolnavi, care necesită asistență medicală specializată în condiții de staționar;
- bolnavi, care necesită asistență medicală specializată în condiții de sanatoriu;
- bolnavi, care au nevoie de schimbarea locului de muncă;
- bolnavi, care au nevoie de îmbunătățirea condițiilor de muncă și odihnă.

Este foarte important de a stabili cauzele, care i-au împiedicat pe bolnavi să se adreseze la timp după asistență medicală. De ele se va ține cont la elaborarea măsurilor curativ-profilactice și la prognozarea cotei bolnavilor, care se vor adresa la medic în viitor, când asistența medicală va deveni accesibilă acestor categorii de pacienți. S-a constatat, că în timpul examenului medical se depistează un număr mai mare de îmbolnăviri decât prin adresări la instituțiile curativo-profilactice (este vorba de boli ca tonzilita cronică, bronșita, faringita, rinotraheita etc.).

În cazul acestei metode unitatea de observație este persoana, care urmează a fi supusă examenului medical, iar sursele de informație sunt: – „Fișa persoanei supuse examenului medical", „Fișa de dispensarizare", „Fișa examenului profilactic", "Fișa medicală de ambulatoriu". Prelucrarea statistică a informației din documentele indicate se efectuează după următorii indici: intensivi, extensivi, repartizarea examinaților în grupe, care necesită și care nu necesită asistență medicală, grupul celor practic sănătoși, după vârstă, sex etc.

Specialiștii OMS afirmă că toți indicii morbidității trebuie să corespundă următoarelor cerințe: sensibilitate, exactitate, obiectivitate, să exprime încredere.

Studierea morbidității populației din Republica Moldova s-a efectuat în anii 1968, 1984 și 1988 conform metodei elaborate de profesorul Nicolae Testemițanu. Datele obținute sunt reprezentate în *tabelul 45*.

Tabelul 45

MORBIDITATEA POPULAȚIEI RURALE DUPĂ DATELE EXAMENELOR MEDICALE (pacienți la 1 000 de examinați)

Nr. clas.	CLASELE BOLILOR	Bărbați		Femei		Ambele sexe	
		Nivelul	Structura	Nivelul	Structura	Nivelul	Structura
I	Boli infecțioase și parazitare	64,2	5,4	82,9	5,0	73,7	5,1
II	Tumori	2,2	0,2	16,8	1,0	9,7	0,7
III	Boli ale sistemului endocrin, dereglări de nutriție, metabolism și imunitate	24,4	2,1	32,4	1,9	28,5	2,0

IV	Bolile sistemului sangvin *şi hematopoietic*	10.4	0.9	13.5	0.8	12.6	0.8
V	Dereglări psihice	14.6	1.2	17.4	1,0	16.3	1.1
VI	Bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ	286.2	24.1	347.9	22.6	331.6	23.1
VII	Bolile sistemului cardiovascular	109.4	9.2	167.4	10.1	138.3	9.6
VIII	Bolile sistemului respirator	305.6	25.7	344.7	20.8	328.8	22.9
IX	Bolile sistemului digestiv	153.4	12.9	197.7	11.9	176.4	12.3
X	Bolile sistemului urogenital	9.7	0.8	108.6	6.6	61.4	4.3
XI	Bolile de piele şi ale ţesutului celular subcutanat	86.2	7.2	109.4	6.6	97.8	6.8
XII	Bolile aparatului locomotor şi ale ţesutului conjunctiv	54.0	4.5	103.8	6.3	79.2	5.5
XIII	Anomalii congenitale	2.4	0.2	0.5	0.3	1.0	0,07
XIV	Afecţiuni perinatale	0,6	0.05	1.6	0.1	1.1	0.07
XV	Simptomatologie clinică nespecifică	9.2	0.8	10.8	0.7	10.5	0.7
XVI	Traumatisme şi intoxicaţii	56.5	4.8	76.8	4.6	69.3	4.8
	În total pe clase	1189.2	100.0	1658.8	100.0	1435.6	100.0

3.2.4. STUDIUL MORBIDITĂŢII ÎN BAZA CAUZELOR DECESELOR

Studierea datelor privind decesele populaţiei prezintă o importanţă deosebită sub aspectul elaborării măsurilor de prevenire a mortalităţii şi măsurilor de majorare a longevităţii vieţii oamenilor.

Drept unitate de observaţie serveşte fiecare caz de moarte, iar sursă de informaţie – „Certificatul medical de deces (formularul nr. 106-u)".

Acest document trebuie să fie completat de medicul care a stabilit faptul de moarte. El va face acest lucru dând dovadă de multă competenţă şi responsabilitate, mai cu seamă când se completează punctul despre cauza decesului.

Aici medicul este obligat să indice: cauza morţii; boala de bază şi alte maladii însoţitoare, care au favorizat apariţia cauzei decesului; bolile care au creat terenul favorabil, pe care s-au dezvoltat afecţiunile din punctele „a" şi „b".

Pentru aceasta medicul trebuie să cunoască bine patologia pacientului.

Nivelul mortalităţii, la fel ca şi cel al morbidităţii, depinde de particularităţile de vârstă şi sex. El este mai mare la vârsta copilăriei (mai cu seamă în primul an de viaţă) şi la vârsta înaintată (peste 55–60 de ani).

Sub aspectul sexului predomină mortalitatea masculină. Din acest punct de vedere mortalitatea generală (la 100 mii de locuitori) în a. 2005 constituia pe republică 1 123 $^{0}/_{0000}$: printre bărbaţi –1 174$^{0}/_{0000}$ şi femei – 1 085$^{0}/_{0000}$.

De menţionat că cel mai mare număr de decese ţine de primele trei grupe de maladii. Studierea structurii cauzelor mortalităţii sub diverse aspecte (vârstă, sex, profesiune etc.) favorizează depistarea maladiilor grave cu sfârşit letal. Aceasta prezintă o pârghie importantă în profilaxia concretă a bolilor respective.

Se ştie, că asupra structurii cauzelor mortalităţii influenţează următorii factori: nivelul dezvoltării tehnico-economice, condiţiile de muncă, de trai, nivelul de cultură, accesibilitatea şi calitatea, eficacitatea asistenţei medicale, componenţa populaţiei etc.

În ţările slab dezvoltate economic în structura acestui fenomen predomină bolile infecţioase, tuberculoza, maladiile gastrointestinale, pneumoniile etc., iar în cele industrializate pe primele locuri se situează mortalitatea prin boli cardiovasculare, tumori maligne şi traumatisme.

Aceste afecţiuni constituie 70% din cauzele deceselor populaţiei. În Republica Moldova predomină mortalitatea prin boli cardiovasculare, tumori maligne şi traumatisme.

3.2.5. MORBIDITATEA COPIILOR DIN MEDIUL RURAL

Morbiditatea copiilor este un fenomen extrem de grav şi nedorit. Pe baza lui se apreciază gradul de dezvoltare şi de civilizare a societăţii. Nu este întâmplător faptul că mulţi savanţi din republică s-au preocupat de această problemă. S-a studiat adresabilitatea, la care s-au adăugat datele unui examen medical complex efectuat de către medicii specialişti de la spitalele centrale, care au examinat, timp de 3 ani, un număr de circa 7 434 de copii, reprezentând 27,4% din întreaga populaţie examinată.

Tabelul 46

Nivelul morbidităţii copiilor după datele adresabilităţii, la 1 000 de copii, ‰

Nr.	CLASE DE BOLI	Grupele de vârstă														
		0 – 1 an			1 – 3 ani			3 – 7 ani			7 – 14 ani			Total 0 – 14 ani		
		băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe
1	Boli infecţioase şi parazitare	32,4	44,2	38,1	67,5	49,9	58,6	91,9	70,3	81,2	49,3	48,5	48,9	62,5	54,2	58,3
2	Bolile endocrine, de nutriţie şi metabolism	8,1	128,3	103,6	18,8	-	20,0	2,0	-	1,0	1,5	-	0,8	9,6	11,3	10,4
3	Bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ	64,8	101,8	82,5	34,5	37,8	32,6	31,3	37,1	34,2	21,4	24,0	22,7	28,9	34,5	31,7
4	Bolile aparatului respirator	259,1	300,5	270,0	406,6	379,7	392,9	374,4	345,4	350,1	118,5	117,4	117,9	242,8	233,7	238,1
5	Bolile aparatului digestiv	64,8	53,1	59,2	37,7	36,3	37,0	22,1	24,1	23,3	33,0	34,4	33,7	23,0	33,2	33,1

6	Bolile de piele şi ale ţesutului celular subcutanat	76,9	88,5	82,5	69,1	42,4	55,5	76,2	58,2	67,4	19,8	19,3	46,5	46,5	37,6	
7	Accidente, intoxicaţii, traumatisme	64,8	66,4	65,5	39,2	36,3	37,8	42,0	23,1	32,7	33,0	18,3	25,4	38,5	25,5	32,1
8	Alte boli	56,7	185,8	142,9	29,8	21,2	25,4	25,4	8,0	16,8	21,9	26,1	23,9	26,3	30,5	28,4
	Total boli	700,4	969,0	828,8	703,3	624,8	663,2	665,7	568,3	617,6	298,4	287,9	293,2	460,5	487,6	474,2

Rezultatele cercetărilor denotă că nivelul morbidităţii la copii, estimat pe bază de adresabilitate, era de 474,2 cazuri la 1 000 de copii, fiind mai crescută la fetiţe – 487,6 faţă de băieţi 406,5 (tabelul 46).

Rezultatele studiului arată că, dintre toate grupele de boli, la copii, indicele cel mai ridicat îl prezintă bolile aparatului respirator – 238,1‰, urmate de bolile infecţioase şi parazitare – 58,3‰, bolile de piele şi ale ţesutului celular subcutanat – 42,1‰, bolile aparatului digestiv – 33,1‰, accidente, otrăviri, traumatisme – 32,1‰, bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ – 31,7‰, bolile endocrine, de metabolism şi nutriţie – 10,4‰.

Indicele de morbiditate calculat prin adresabilitatea la asistenţa medicală, în funcţie de vârstă, era cel mai ridicat la copiii sub un an, el constituind 828,8 de cazuri la 1 000 de copii. Trebuie subliniat, totodată, că la această grupă de vârstă nivelul morbidităţii la fetiţe (979,0) este cu mult mai mare decât la băieţi (700,5). Cele mai frecvente maladii la copiii de 0–1 an sunt: bolile aparatului respirator (279,1), afecţiunile endocrine, de metabolism şi nutriţie (103,6), bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ (82,5), bolile de piele şi ale ţesutului celular subcutanat (82,5).

Un nivel relativ ridicat al morbidităţii copiilor se observă şi la grupa de vârstă 1–3 ani (663,2‰), morbiditatea pe sexe prezentând valori mai ridicate (703, 3‰) la băieţi decât la fete (624,8‰). Cele mai frecvente, la această grupă de vârstă, s-au dovedit a fi bolile aparatului respirator (392,9‰), urmate de bolile infecţioase şi cele transmise prin paraziţi (58,6‰), bolile de piele şi ale ţesutului celular subcutanat (55,5‰), bolile aparatului digestiv (37,0‰), accidente, otrăviri, traumatisme (37,8‰), bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ (36,2‰).

La grupa de vârstă 3–7 ani, nivelul mediu al morbidităţii a fost de 617,6 cazuri la 1 000 de copii de această vârstă, indicele fiind mai mare la băieţi (665,7) faţă de fetiţe (568,3%). Principala cauză de îmbolnăvire o constituiau şi de aceasta dată bolile aparatului respirator (360,1%), după care urmau bolile infecţioase şi cele transmise de paraziţi (81,2‰), bolile de piele şi ale ţesutului celular subcutanat (67,4‰), bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ (34,2‰), accidentări, intoxicaţii, traumatisme (32,7‰).

Cel mai scăzut nivel al morbidităţii, potrivit datelor de adresabilitate, se constată la copiii din grupa de vârstă 7–14 ani, cu un indice mediu de 293,2‰, valorile fiind foarte apropiate la băieţi (298,4) şi la fete (287,9).

Pe baza rezultatelor controlului medical complex la fiecare 1 000 de copii examinaţi au fost depistate, în plus, încă 973,6 cazuri de boli cu care ei nu se adresează la medic (*tabelul 47*).

Tabelul 47

Morbiditatea copiilor din mediul rural
în baza datelor examenelor medicale complexe, ‰

Nr.	Clase de boli	Grupele de vârstă														
		0 – 1 an			1 – 3 ani			3 – 7 ani			7 – 14 ani			Total 0-14 ani		
		băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe	băieţi	fete	ambele sexe
1	Boli infecţioase şi parazitare	21,0	8,0	14,0	10,0	9,5	9,8	16,5	4,6	10,9	18,1	14,8	16,4	17,4	11,2	14,2
2	Bolile endocrine, nutriţie, metabolism	69,9	53,0	67,2	5,1	-	2,5	-	3,3	1,1	5,0	10,8	8,0	8,8	11,2	10,0
3	Bolile sistemului nervos şi organelor de simţ	35,0	24,0	29,9	25,5	23,7	24,6	39,3	37,0	38,2	41,2	64,1	52,8	38,5	49,9	44,2
4	Bolile aparatului respirator	97,9	104,0	100,7	96,9	90,0	103,2	140,5	118,1	129,9	102,6	129,2	116,0	111,7	122,3	117,0
5	Bolile aparatului digestiv	62,9	40,0	52,2	209,2	142,2	174,6	756,2	689,8	724,9	849,1	876,7	863,0	693,0	685,7	689,6
6	Bolile de piele şi ţesutului subcutanat	21,0	24,0	22,4	40,8	23,7	31,9	14,5	25,5	19,7	32,2	17,8	24,9	27,5	20,8	24,2
7	Anomalii congenitale	21,0	16,0	18,7	20,4	4,7	12,3	10,3	6,9	8,7	4,0	6,9	5,5	8,8	7,3	8,1
8	Accidente, intoxicaţii, traumatisme	21,0	56,0	37,3	15,3	4,7	9,8	10,3	4,6	7,6	6,0	2,0	4,0	9,4	6,7	8,1
9	Alte boli	27,8	24,0	26,1	40,8	200,0	29,5	66,1	67,1	66,6	64,4	63,1	63,7	60,5	56,1	38,3
	Total boli	3776	3600	3694	4643	3365	3980	1059	9560	1008	1127	1184	1154	9758	8714	9736

Cele mai ridicate valori ale morbidităţii, în urma examenelor medicale, au fost constatate la 1 000 de copii între 7–14 ani (1154,4), indicele fiind uşor mai ridicat la fetiţe (1 185,4) faţă de băieţi (1 122,7). Locul al doilea este ocupat de grupa de vârstă 3–7 ani (1 009,8). Pe locul trei se situează grupa de vârstă 1–3 ani, la care bolile suplimentare depistate s-au cifrat la 398,0, băieţii prezentând un indice mai ridicat (464,3) decât fetele (336,5).

Din cele expuse mai sus se poate observa uşor că numai informaţia obţinută pe baza adresării după asistenţă medicală nu reflectă starea reală a nivelului morbidităţii la copii. De aceea nivelul morbidităţii generale se evaluează ţinându-se cont de rezultatele ambelor metode de investigaţie.

Tabelul 48

Morbiditatea generală a copiilor din localităţile rurale, ‰

Nr.	CLASELE BOLILOR	Băieţi	Fete	Ambele sexe
1	Tumori maligne şi benigne	6,2	8,4	7,2
2	Bolile sistemului endocrin, nutriţie, metabolism şi imunitate	18,4	22,5	20,4
3	Bolile sistemului sangvin şi hematopoietic	14,0	13,4	13,7
4	Dereglări psihice	27,6	26,2	26,9
5	Bolile sistemului nervos şi organelor de simţ	67,4	84,4	75,9
6	Bolile sistemului cardiovascular	4,2	7,9	6,0
7	Bolile sistemului respirator	354,4	356,0	355,1
8	Bolile sistemului digestiv	746,5	718,9	722,7
9	Bolile sistemului urogenital	13,6	9,0	11,4
10	Complicaţiile sarcinii, naşterii şi lăuziei	4,4	4,2	3,1
11	Bolile de piele şi ale ţesutului celular subcutanat	74,0	58,4	66,3
12	Bolile aparatului locomotor şi ale ţesutului conjunctiv	5,9	7,6	6,7
13	Anomalii congenitale	11,4	9,4	10,3
14	Afecţiuni perinatale	2,7	6,4	4,4
15	Simptomatologie clinică nespecifică	8,4	5,0	6,6
	În total pe clase	1 454,4	1 431,9	1 447,8

În *tabelul 48* este prezentată morbiditatea generală la copiii din localităţile rurale cercetate. Observăm că primul loc revine bolilor aparatului digestiv (722,7‰), ceva mai frecvente la băieţi. Pe locul doi se află bolile aparatului respirator (355,1‰), cu indici aproximativ egali la cele două sexe. Pe locul al treilea se plasează bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ (75,9‰), fetele înregistrând indici superiori băieţilor. Bolile infecţioase şi parazitare se află pe locul patru (72,5‰).

Deci nici una din metodele descrise nu caracterizează pe deplin morbiditatea completă şi diversele ei aspecte. Fiecare din ele reflectă anumite aspecte ale morbidităţii. De aceea este necesar ca fiecare medic să poată folosi în complex toate metodele de studiere a morbidităţii pe profilul specialităţii sale folosind „Clasificarea internaţională a maladiilor".

3.2.6. CLASIFICAREA INTERNAŢIONALĂ A MALADIILOR

Clasificarea internaţională a maladiilor (CIM) este necesară pentru unificarea terminologiei diagnostice, pentru posibilitatea evaluării statistice a indicilor

sănătății publice și dezvoltării fizice a societății cu scopul asigurării posibilității de colaborare și comparare a realizărilor dintre diferite state și țări. Documentul de asemenea favorizează compararea informației despre situația epidemiologică și activitatea instituțiilor și organelor ocrotirii sănătății etc. CIM este întocmită după principiile de etiologie, patogeneză și localizare (sistem).

Prima clasificare internațională a bolilor a fost aprobată în a. 1960 la Conferința statistică internațională de la Paris, care a stabilit că acest document urmează a fi revăzut o dată în 10 ani în legătură cu noile opinii ale savanților privind etiologia și patogeneza unor boli. Ca urmare, se impun schimbări, pe care le operează Organizația Mondială a Sănătății.

Organizația Mondială a Sănătății la cea de-a 43-a Adunare Mondială a Sănătății a aprobat Revizia a X-a a Clasificării Internaționale a Maladiilor și Problemelor Conexe de Sănătate. O serie de modificări importante au fost introduse în noua revizie a clasificării, avându-se în vedere necesitatea și posibilitatea comparării datelor de morbiditate și mortalitate în seria lor dinamică.

Prima modificare constă în schimbarea codificării numerice, ce a existat în toate reviziile anterioare, cu o codificare alfa-numerică, utilizându-se literele alfabetului pentru diferențierea claselor de boli.

Clasificarea este denumită: „Clasificarea statistică internațională a maladiilor și a problemelor de sănătate conexe" (prescurtat CIM în franceză și română, ICD în engleză și MCB în rusă), pentru a evidenția scopul multiplu, nu numai statistic, al acesteia, și anume: utilizarea ei de către epidemiolog, clinician în cercetări medicale, în învățământul medical și, bineînțeles, pentru a permite studii comparabile pe plan intern și internațional.

Clasificarea alfa-numerică utilizează 25 de litere din cele 26 ale alfabetului, litera „U" fiind rezervată pentru eventualele noi adăugiri sau clasificări provizorii, ce vor fi completate între două revizii consecutive.

Pentru fiecare capitol se utilizează o literă, iar pentru capitolele mari (tumori, boli infecțioase și parazitare, leziuni traumatice și cauzele externe de morbiditate și mortalitate) se utilizează câte 2–3 litere. Identificarea claselor cu litere dă posibilitatea de a avea în fiecare clasă o parte liberă din 3 caractere, care permite a introduce schimbări în clasificare în reviziile ulterioare fără a schimba structura CIM.

Fiecare capitol conține 100 de grupe de boli alcătuite din 3 caractere, dintre care prima este alfabetică și două – numerice (AOO–A99).

Fiecare grupă formată din 3 caractere se divide în 10 coduri (0–9) de boală, sau, uneori, grupe de boli. Deci, în total există posibilitatea de a se putea individualiza 25 000 de boli pe baza codificării alfa-numerice, având 4 caractere, mult mai multe decât în Revizia a IX-a, și 2 500 de grupe de boli în cazul utilizării a 3 caractere.

După cum se vede din tabelul de mai jos, capitolele Reviziei a X-a sunt în ordine similară cu cele din Revizia a IX-a, cu următoarele diferențieri (*tabelul 49*).

Tulburările sistemului imunitar au fost trecute la capitolul III, bolile sângelui și organelor hematopoietice, în Revizia a IX-a ele fiind la capitolul bolilor endocrine, de nutriție și metabolism.

Capitolul bolilor sistemului nervos și ale organelor de simț din Revizia a IX-a a fost structurat în Revizia a X-a în trei capitole:

Tabelul 49

Clasificarea internațională a maladiilor și problemelor conexe de sănătate

Nr. claselor	Clasificarea bolilor	Codurile
I	Boli infecțioase și parazitare	AOO–A99 BOO–B99
II	Tumori	COO–C97 DOO–D48
III	Bolile sistemului sangvin, hematopoietic și imun	D50–D89
IV	Boli ale sistemului endocrin, nutriție, metabolism, imunitate	EOO–E90
V	Tulburări mintale și de comportament	FOO–F99
VI	Bolile sistemului nervos	GOO–G99
VII	Bolile ochiului și anexelor sale	HOO–H59
VIII	Bolile urechii și apofizei mastoide	H60–H95
IX	Bolile sistemului cardiovascular	IOO–I99
X	Bolile sistemului respirator	JOO–J99
XI	Bolile sistemului digestiv	KOO–K93
XII	Bolile pielii și ale țesutului celular subcutanat	LOO–L99
XIII	Bolile aparatului locomotor și țesutului conjunctiv	MOO–M99
XIV	Bolile sistemului urogenital	NOO–N99
XV	Sarcina, nașterea și lăuzia	OOO–O99
XVI	Afecțiuni perinatale	POO–P96
XVII	Anomalii congenitale și malformații cromozomiale	QOO–Q99
XVIII	Simptome clinice și alte manifestări neclasate	ROO–R99
XIX	Traumatisme, intoxicații și alte afecțiuni exogene	SOO–S99 TOO–T98
XX	Cauze externe și interne de morbiditate și mortalitate	VO1–V98
XXI	Factorii influenți ai sănătății, motivul de solicitare a serviciului de sănătate	ZOO–Z99

– capitolul IV „Bolile sistemului nervos";
– capitolul VII „Bolile ochiului și anexelor sale";
– capitolul VIII – „Bolile urechii și apofizei mastoide".

La fel au fost regrupate capitolele Reviziei a IX-a privind bolile organelor genitale, complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei, anomaliile congenitale și afecțiunile a căror origine se situează în perioada perinatală, în patru capitole consecutive:

– capitolul XIV – „Bolile aparatului genito-urinar" (cod NOO–N99);
– capitolul XV – „ Sarcina, nașterea, lăuzia" (cod OOO–99);
– capitolul XVI – „Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală" (cod POO–P96);
– capitolul XVII – „Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale" (cod QOO–Q99).

La sfârşitul unor capitole au fost introduse coduri în plus pentru tulburările postterapeutice, cum ar fi bolile endocrine şi metabolice ca urmare a ablaţiei ovarelor sau a afecţiunilor digestive datorite gastroectomiei.

Tulburările postterapeutice, care nu sunt caracteristice unui sistem sau complicaţiile postterapeutice imediate, cum ar fi embolia gazoasă, şocul postoperator, au fost lăsate şi mai departe la capitolul XIX – „Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecinţe ale cauzelor externe" (cod SOO–S99) şi (TOO–T98).

A fost păstrat în continuare sistemul de codificare biaxială: după etiologie sau procesul patologic iniţial, notat cu semnul (+) şi concomitent cu semnul (*) (asterisc) după manifestarea bolii sau complicaţia acesteia, codul cu semnul (+), constituind întotdeauna boala principală, care trebuie luată în considerare şi să figureze în mod obligatoriu în statisticile de morbiditate şi mortalitate. În acelaşi timp codul notat cu asterisc (*) poate fi utilizat ca o clasificare suplimentară.

Această dublă codificare se face respectând regulile stabilite în Revizia a IX-a şi anume în cazul în care:

- manifestarea patologică sau complicaţia bolii principale reprezintă o entitate bine definită şi necesită, în mod normal, un tratament de o altă specialitate decât cel pentru boala principală (de exemplu: endocardita tifoidă);
- când atât boala principală, cât şi complicaţia ei constituie o formulare diagnostică unică (de exemplu: nefrita diabetică);
- când manifestarea patologică cuprinde subdiviziuni în funcţie de etiologie;
- când manifestarea patologică cuprinde subdiviziuni în funcţie de etiologia diferită a acesteia (de exemplu: artrita gutoasă).

Utilizarea codurilor cu asterisc (*) nu este complet obligatorie şi el nu poate fi utilizat pentru codificarea cauzei principale sau iniţiale a decesului, dar poate fi utilizat la codificarea morbidităţii şi la codificarea cauzelor multiple în statistica morbidităţii şi mortalităţii.

La începutul fiecărui capitol sunt note explicative, în care se prezintă o recapitulare a grupelor de boli, având o codificare compusă din 3 caractere, precum şi categoriile notate cu asterisc (*) în cazul codificării biaxiale.

Notele indică, de asemenea, excluderea unor boli din capitol, sau a unor grupe de boli şi remiterea lor la capitolul sau grupa de boală respectivă.

Notele sunt aplicabile la toate categoriile de utilizări ale clasificării (CIM), indicând cazul în care ea poate fi aplicată la morbiditate sau numai la mortalitate. Conţinutul şi cerinţele acestui document sunt necesare pentru însuşire şi respectare strictă de fiecare medic, colaborator ştiinţific, îndeosebi pe specialitate.

3.3. DEZVOLTAREA FIZICĂ

3.3.1. NOŢIUNI GENERALE

Dezvoltarea fizică este unul dintre cele mai obiective criterii ale sănătăţii publice. Utilizarea largă a indicilor de dezvoltare fizică este determinată de faptul că ei dau o caracteristică directă sănătăţii.

Prin dezvoltarea fizică sau somatică se subînţelege totalitatea caracteristicilor morfologice şi funcţionale în cadrul interdependenţei lor, care coexistă într-o strân-

să interrelaţie cu mediul ambiant, sub influenţa decisivă a sistemului nervos central, şi care stau la baza dezvoltării organismului în timpul creşterii sale.

Dezvoltarea fizică trebuie considerată rezultatul acţiunii reciproce a factorilor interni (endogeni) şi externi (exogeni).

Factorii endogeni alcătuiesc calităţile native ale organismului: ereditatea, particularităţile dezvoltării intrauterine, iar cei exogeni – totalitatea factorilor naturali-climaterici, nivelul de dezvoltare economică a societăţii, bunăstarea materială a familiei, condiţiile de muncă şi de trai, nivelul de cultură şi dezvoltarea spirituală, caracterul profesiilor etc. Deşi factorii enumeraţi exercită o acţiune complexă asupra organismului, totuşi factorii determinanţi sunt cei social-economici.

Neuniformitatea dezvoltării fizice a copiilor şi adolescenţilor, în raport cu diferite localităţi, ţări, naţionalităţi şi chiar grupuri etnice, atestă faptul incontestabil că indicatorii dezvoltării somatometrice poartă totdeauna un caracter local şi deci oglindesc legităţile locale.

Luând în considerare faptul acesta, vom menţiona că în condiţii climato-geografice, social-economice diverse, precum şi atunci când nivelul de trai e diferit, nu pot exista criterii standarde de estimare a dezvoltării fizice.

Standardele în cauză trebuie să reflecte particularităţile locale, de aceea e necesar ca ele să fie raionate, calculate pe anumite regiuni.

Deoarece există deosebiri în ceea ce priveşte dezvoltarea copiilor, îngrijirea şi educaţia lor în condiţii rurale şi urbane, indicii dezvoltării fizice se determină aparte pentru fiecare din aceste tipuri de localităţi.

Parametrii medii de estimare a dezvoltării fizice a copiilor sunt convenţionali şi poartă un caracter temporar. De aceea ei trebuie periodic revizuiţi şi precizaţi. Periodicitatea efectuării acestor precizări depinde de caracterul şi gradul de schimbare a condiţiilor mediului ambiant.

În condiţii relativ stabile revizia standardelor dezvoltării fizice se face o dată în 5 ani. Atunci când condiţiile mediului se schimbă considerabil într-un interval mic de timp, se recomandă ca standardele dezvoltării fizice să fie calculate în timp de 2–3 ani. În caz contrar rezultatele nu vor fi veridice şi nu vor oglindi situaţia reală. Cercetarea e de dorit să aibă loc în acelaşi anotimp al anului.

3.3.2. EVALUAREA DEZVOLTĂRII FIZICE A COPIILOR

Metodele mai frecvent utilizate pentru determinarea dezvoltării fizice sunt cele somatometrice (antropometria, somatoscopia) şi fiziometrice.

Somatometria sau **antropometria** constă în determinarea cantitativă, prin măsurători, a unor dimensiuni corporale totale sau parţiale, precum şi în stabilirea unor raporturi dintre diferite elemente ale organismului.

Datele antropometrice cele mai frecvent utilizate sunt: înălţimea, greutatea, perimetrul toracic, iar în cazul cercetărilor mai aprofundate – înălţimea şezând, perimetrul capului, al umărului, al antebraţului, al gambei şi al femurului.

Somatoscopia apreciază prin organele de simţ (vizual, tactil) dezvoltarea fizică. Cu ajutorul somatoscopiei se poate estima conformaţia corporală, volumul şi tonusul muşchilor (la nivelul braţelor, umerilor, toracelui etc.), grosimea ţesutului

adipos subcutanat, forma coşului pieptului, a picioarelor, amprenta plantară, elasticitatea şi gradul de irigaţie a mucoaselor şi a pielii, stadiul de dezvoltare a caracteristicilor sexuale secundare (pilozitatea pubiană, axilară, glanda mamară) sau a organelor genitale.

Fiziometria urmăreşte stabilirea variaţiilor în funcţionalitatea unor ţesuturi sau organe în raport cu vârsta, sexul, condiţiile de viaţă etc. Fiziometria mai frecvent analizează următoarele caracteristici:

– forţa musculară a mâinilor (dinamometria);
– capacitatea vitală a plămânilor, volumul expirator maxim pe secundă (spirometria, spirografia);
– gradul de oxigenare a sângelui (oximetria);
– tensiunea arterială sistolică şi diastolică (tensiometria);
– frecvenţa şi caracterul bătăilor cardiace (electrocardiografia).

Creşterea în perioadele copilăriei, mărimea greutăţii şi a diverselor părţi ale corpului, deci, şi schimbările proporţionale ce au loc, şi maturarea anumitor organe şi sisteme în etapele respective de vârstă sunt programate de către mecanismele ereditare şi în condiţii optime de viaţă se supun anumitor legităţi.

Însă acţiunea factorilor nocivi, mai ales în perioada intrauterină şi la vârsta timpurie, poate nu numai să deregleze consecutivitatea dezvoltării copiilor, dar şi să provoace uneori schimbări ireversibile.

Totodată nu trebuie neglijată nici acţiunea factorilor mediului ambiant, care în perioada creşterii şi dezvoltării intensive a copilului poate exercita uneori o influenţă mai mare decât factorii ereditari ori de ordin biologic.

Înainte de a începe cercetarea dezvoltării fizice prin utilizarea metodelor somatometrice (antropometrice) ne vom documenta referitor la starea sănătăţii copiilor şi adolescenţilor. Se va clarifica dacă n-au fost bolnavi de boli infecţioase, reumatism, tuberculoză, rahitism, boli ale aparatului respirator, digestiv, se va preciza modul de alimentare în primul an de viaţă, comportarea ulterioară în colectivele de copii etc. Aceste date ne vor fi de folos la estimarea obiectivă a dezvoltării fizice.

De fiecare dată măsurărilor somatometrice (antropometrice) trebuie să le preceadă o inspectare exterioară – somatoscopia, care contribuie la aprecierea stării de ansamblu a organismului prin metoda inspecţiei şi metoda palpatorie. Inspecţia generală va permite, de asemenea, de a depista diverse simptome (paloarea pielii, cianoza, pulsaţia etc.), care ar putea indica prezenţa unor boli interne.

3.3.3. FACTORII DEZVOLTĂRII PSIHOSOMATICE A COPILULUI

Factorii cu o influenţă considerabilă asupra dezvoltării psihosomatice a copilului pot fi grupaţi în trei categorii: factori ereditari, factori de mediu şi factori de educaţie.

Rolul eredităţii şi al mediului în dezvoltarea psihosomatică este indubitabil. În ceea ce priveşte dezvoltarea psihică a copilului influenţa hotărâtoare se atribuie educaţiei. Educaţia este o acţiune socială exercitată în mod activ, bine concepută, menită să formeze din copil o adevărată personalitate, capabilă să dezvolte în viitor valorile de care dispune societatea.

Educaţia este fără îndoială factorul esenţial, factorul cel mai important al dezvoltării psihice. Vorbind despre influenţa factorului ereditar la om, merită să amintim că ereditare sunt trăsăturile mari distinctive, caracteristice ale speciei umane, cum ar fi: poziţia verticală, structura anatomică a corpului, unele caracteristici ale sistemului nervos, ale organelor de simţ, ale glandelor cu secreţie internă.

Afară de aceasta, sunt şi unele caracteristici nespecifice: conformaţia corpului, figura, culoarea părului, a pielii, lipsa de rezistenţă faţă de unele maladii, iar la gemeni se pot observa trăsături ereditare dominante cum sunt caracteristicile unei grupe sangvine sau asemănarea amprentelor digitale.

Afară de trăsăturile ereditare specifice şi nespecifice, fiecare om se naşte cu unele particularităţi pur individuale (trăsături înnăscute) care determină o anumită modalitate de adaptare şi de reacţie. În ceea ce priveşte complexitatea caracteristicilor psihologice, ele se formează numai sub influenţa condiţiilor vieţii sociale şi a educaţiei. Cercetările efectuate asupra gemenilor au demonstrat cu prisosinţă că ei posedă o ereditate biologică aproximativ identică, în timp ce caracteristicile lor psihice individuale prezentau diferenţe considerabile.

A doua grupă de factori de care depinde dezvoltarea psihosomatică a copiilor, după cum am menţionat, sunt factorii de mediu. Noţiunea de mediu cuprinde totalitatea factorilor externi care acţionează asupra organismului, determină relaţiile lui şi dezvoltarea sa. Mediul prezintă în sine sfera vieţii umane unde are loc adaptarea la condiţii fizice, bioclimaterice şi, mai ales, la cele sociale. Mediul bioclimateric determină unele deosebiri în pigmentaţia pielii (în ţările calde pielea a devenit neagră), în realizarea termenelor de maturizare biologică (în diferite zone climatice instalarea pubertăţii e diferită), precum şi un anumit regim de viaţă (tip de alimentaţie, anumit fel de îmbrăcăminte, mod de activitate etc.).

În ceea ce priveşte mediul social ele se manifestă prin acţiuni ale mediului apropiat (exercitate de familie, şcoală, colectivităţi de joc, de vecinătate etc.).

Mediul apropiat şi cel social (în sens larg) nu sunt identice. Prin aceasta se explică faptul de ce în condiţiile generale de dezvoltare a copiilor (aceeaşi societate) există multe diferenţe. Aici este vorba despre a treia grupă de factori care exercită o influenţă considerabilă asupra dezvoltării multilaterale a copilului – factorii educativi.

Rolul familiei în dezvoltarea psihică a copilului este foarte mare. Ea este aceea care creează biografia educativă a copilului. În familie îşi are începutul procesul de formare a personalităţii copilului. În familie se pun bazele civilizaţiei individului. Aici se însuşesc deprinderile de conduită, de curăţenie, de tandreţe, de virtuozitate, se acumulează şi se dezvoltă o serie de tradiţii morale atât cu caracter pozitiv, cât şi negativ. Conflictele dese între părinţi influenţează asupra mentalităţii şi atitudinii copilului faţă de relaţiile lui cu cei care-l înconjoară.

Studii speciale consacrate educaţiei în familie au constatat faptul că cele mai numeroase probleme educative şi tulburări în dezvoltarea psihică a copilului au loc în familiile dezorganizate. Membrii familiei sunt singurele persoane supuse observaţiei copilului în diferite împrejurări ale vieţii. Extrem de dăunătoare este influenţa unui sau ambilor părinţi care fac abuz de alcool. Conflictele frecvente dintre părinţi creează dezordinea afectivă care determină la copil nervozitate, tensiune ce poate

să intensifice reacțiile de prudență și apărare fățișă, ori să contribuie la dezvoltarea unui caracter închis. Un climat psihologic special se observă în cazul recăsătoririi părinților, când mama sau tatăl vitreg sunt priviți cu suspiciune de copii aproape toată viața lor.

Dezvoltarea psihică tardivă, care poate avea loc în perioada antepreșcolară, ori preșcolară și care în unele cazuri e interpretată greșit drept debilitate mintală, iar mai târziu insuccesul școlar, pot fi determinate de influența negativă pe care o exercită familia. În asemenea cazuri concomitent cu cercetarea copilului trebuie să fie examinată și familia. Nu în zadar se spune că cei 7 ani de acasă sunt foarte importanți în ceea ce privește formarea caracterului.

Afară de familie, un rol hotărâtor în dezvoltarea psihică îl are mediul de cultură, și în special școala. Școala stimulează dragostea față de carte, interesul pentru lectură, teatru, filme, expoziții, dragostea de pictură, muzică etc.

Mediul de cultură e obligat să satisfacă și să întrețină satisfacerea acestor trebuințe. Un important rol educativ le revine unor asemenea factori ca: cinematograful, teatrul, sălile de concert, expozițiile, muzeele, muzica, literatura, presa, radioul, televiziunea etc. Mediul uman, fără îndoială, exercită o influență uriașă asupra dezvoltării psihice a copilului. Aceasta o dovedesc cu prisosință și cele două fetițe găsite în India (1927) care trăiseră între maimuțe și care aveau prea puține trăsături asemănătoare cu cele ale copiilor crescuți în mediul social. Acest mediu dispune de o mulțime de factori educativi care acționează în mod complex asupra copilului și adolescentului chiar din primele zile ale existenței lor. În mod organizat procesul instructiv-educativ se realizează în cadrul școlii. Aici se transmit cunoștințele. Informația acumulată de copil haotic în diferite împrejurări ale vieții antecedente capătă o anumită ordine, coerență. Totodată copilul însușește noi modalități de a înțelege și de a gândi. Școala dezvoltă la copil capacități noi de activitate de muncă intelectuală și obișnuința de a gândi. Tot în școală se dezvoltă conștiința datoriei, simțul de răspundere, respectul față de muncă și cei care muncesc, simțul obligativității, stăpânirea de sine.

Școala nu este singurul factor formativ al omului. În dezvoltarea psihică un rol deosebit îl joacă și nivelul cultural-economic al societății.

3.3.4. ETAPELE ȘI PERIOADELE DE DEZVOLTARE A COPILULUI

Dezvoltarea psihomotorie a copilului se realizează în anumite perioade (stadii) care se delimitează în timp conform particularităților somatice și ale activității psihice (capacități intelectuale, volitionale, afective și particularități ale conștiinței și personalității). Fiecare perioadă (stadiu) se caracterizează printr-un anumit tip de relații și un anumit tip de activitate (*tabelul 50*).

În fiecare perioadă (stadiu) pot fi observate și modalități inferioare de activitate și relații, rămase din perioada anterioară, precum și noi capacități și particularități care antecedează următoarei perioade. Acest fapt poate condiționa dezvoltarea unor contradicții active între modalitățile vechi și cele noi, care pot fi semnalate în procesul de dezvoltare psihică a copilului.

Tabelul 50

Clasificarea etapelor, perioadelor și subperioadelor (subgrupelor) de dezvoltare fizică

Denumirea etapei, perioadei, subperioadei (subgrupei)	Vârsta
A. Etapa intrauterină:	
I. Faza dezvoltării embrionare	Primele 2–3 luni de dezvoltare intrauterină
II. Faza dezvoltării placentare	De la 3 luni până la naștere
B. Etapa extrauterină:	
I. Perioada antepreșcolară:	0–3 ani
1. Subperioada nou-născutului	0–1 lună
2. Subperioada sugarului mic	1–6 luni
3. Subperioada sugarului mare	6–12 luni
4. Subperioada copilului mic (a micii copilării)	1–3 ani
II. Perioada preșcolară:	3–6 (7) ani
1. Grupa mică (de grădiniță)	3–4,5 ani
2. Grupa mijlocie	4,5–5,5 ani
3. Grupa mare	5,5–6 (7) ani
III. Perioada școlară:	6 (7)–18 ani
1. Subgrupa școlarului mic	6 (7) –10 (11) ani
2. Subgrupa școlară mijlocie (pubertatea)	10 (11)–15 (16) ani
3. Subgrupa școlară mare	16–18 ani

La stabilirea etapelor de dezvoltare a copiilor unii autori iau în considerare numai criterii morfofiziologice, cum ar fi dentiția, maturația sexuală etc.

Asemenea clasificări sunt unilaterale pentru că ele se bazează numai pe criteriile morfofiziologice fără ca să țină cont și de influența factorilor sociali. Doar copilul, ca ființă socială, e menit să se încadreze în colectivitate. Modalitatea unei astfel de încadrări este determinată atât de caracteristicile morfofiziologice, cât și de cele psihomorale pe baza cărora se realizează educația copilului. Procesul instructiv-educativ depinde de etapa de dezvoltare. Clasificarea complexă a etapelor de dezvoltare a copiilor trebuie neapărat să țină cont atât de particularitățile somatofuncționale și reacționale ale organismului, cât și de modalitatea încadrării copilului în colectiv și de realizarea procesului educativ. Ea trebuie să cuprindă atât etapa extrauterină, cât și pe cea intrauterină.

În clasificarea etapelor, perioadelor și subperioadelor (subgrupelor) de dezvoltare fizică prezentată în *tabelul 50* etapa intrauterină se împarte în două faze: faza dezvoltării embrionare (primele 2–3 luni de dezvoltare intrauterină), faza dezvoltării placentare (de la 3 luni până la naștere).

Faza dezvoltării placentare cuprinde două perioade: precoce (lunile 3–6 ale dezvoltării intrauterine) și fetală tardivă (de la luna a 5-a până la naștere).

3.3.5. CARACTERISTICA SOMATO-FUNCȚIONALĂ ȘI PSIHO-EMOȚIONALĂ ÎN PERIOADELE DE DEZVOLTARE A COPILULUI

A. Etapa intrauterină.

I. Faza dezvoltării embrionare (2–3 luni de dezvoltare intrauterină)

În această fază are loc organizarea şi diferenţierea organelor şi a celor mai importante sisteme ale viitorului organism.

În funcție de localizarea ovulului există o perioadă scurtă de 5–6 zile, după fecundare, când ovulul se află în trompă unde se realizează segmentarea lui şi formarea foițelor embrionare – ectodermul, endodermul şi mezodermul, şi o perioadă mai lungă, după ce embrionul pătrunde în uter. Ea durează aproximativ 3 luni.

La 6 săptămâni, embrionul posedă o porţiune cefalică mare, iar la începutul lunii a treia se constată un aparat circulator bine dezvoltat.

Sistemul muscular se dezvoltă încet. Repartiția lui până în luna a patra poartă un caracter general.

Dezvoltarea sistemului nervos, formarea țesutului muscular şi începutul osificării fac posibilă mobilitatea fătului în spațiul intrauterin ce se manifestă prin mişcări, pe care le simte mama la patru luni şi jumătate, adică în faza dezvoltării placentare.

II. Faza dezvoltării placentare.

În prima perioadă după pătrunderea embrionului în uter el e hrănit de secreția mucoasei uterine cu ajutorul celulelor trofoblaste. După două luni şi jumătate suprafața veziculei embrionare are o membrană ce o acoperă cu excrescențe ectodermice, vilozități care poartă numele de corion. Cu timpul vasele sangvine pătrund tot mai adânc în corion, care este în strânsă legătură cu mucoasa uterină. Prin intermediul capilarelor sangvine substanțele nutritive se răspândesc în toate părţile embrionului.

Către sfârşitul lunii a treia începe dezvoltarea intensă a sistemului nervos, evoluează mult cerebelul, apar circumvoluțiunile lui.

În perioada 4-6 luni are loc procesul de mielinizare a măduvei, a fibrelor ascendente ale sensibilității şi a nervilor motori cranieni.

Între 6 şi 9 luni se dezvoltă mirosul, auzul, gustul, văzul.

Condiţiile complexe şi variate ale existenței extrauterine, adică acțiunea factorilor exogeni, condiționează apariţia unor caracteristici apropiate sau chiar identice ale copilului născut la termen entrofic.

Imaturitatea se referă la copiii născuţi la termen, dar care nu sunt dezvoltați din punct de vedere funcţional, din cauza unor condiţii intrauterine nefavorabile (toxicoza gravidității, invazii microbiene, eritroblastoză, lues, toxoplasmoză, diabet zaharat etc.). La cauzele imaturităţii se pot adăuga carenţele nutritive ale femeii în timpul sarcinii, traumatismele provocate de factori fizici ori psihici care pot avea loc în această perioadă etc.

Imaturitatea, ca regulă, se manifestă prin insuficiența dezvoltării cerebrale. Dezvoltarea embrionară şi placentară are o mare importanță sub aspectul dezvoltării postnatale normale.

B. Etapa extrauterină.

I. Perioada antepreşcolară (0–3 ani).

Prima subdiviziune a perioadei antepreşcolare o constituie subperioada nou-născutului (0-1 lună). Această subperioadă se caracterizează prin procesul de adaptare biologică la mediul extern. În faza dezvoltării placentare în simbioza fiziologică a organismului fătului şi celui matern apar unele elemente de independenţă. Fătul, mai ales în perioada fetală tardivă (de la 6 la 9 luni), posedă un sistem nervos din ce în ce mai dezvoltat, glande endocrine şi organele de simţ care în mod independent stimulează procesul creşterii intrauterine.

Înainte de a relata caracteristica generală a dezvoltării nou-născuţilor considerăm necesar să atragem atenţia asupra unei probleme destul de importante, şi anume aceea a prematurilor.

Prematuritatea poate fi considerată în linii mari de două feluri: prematuritatea propriu-zisă (funcţională) şi imaturitatea.

Prematuritatea propriu-zisă (funcţională) cuprinde totalitatea copiilor născuţi înainte de termen, la 7 sau 8 luni cu greutatea de 1500-2000 g, însă care au avut o dezvoltare intrauterină normală.

Existenţa extrauterină a acestor prematuri determină accelerarea maturizării funcţionale a sistemului nervos şi la două luni după naştere nivelul lor de dezvoltare corespunde cu cel al vârstei fetale.

Subperioada sugarului mic (1-6 luni) se caracterizează prin dezvoltarea intensivă a capacităţii de orientare perceptivă în mediul apropiat şi prin apucarea obiectelor.

După ea urmează subperioada sugarului mare (6-12 luni) care se deosebeşte printr-un ritm accelerat de dezvoltare psihică, prin organizarea mersului. Se pun bazele vorbirii şi mânuirii obiectelor.

Ultima subperioadă a perioadei antepreşcolare este cea a copilului mic (a micii copilării); în această subperioadă ritmul de creştere a copilului este destul de intens. Esenţa modificărilor psihice constă în faptul că se însuşesc intensiv atitudini umane faţă de lumea înconjurătoare, proces facilitat de dezvoltarea capacităţilor de deplasare independentă şi de perfecţionarea mersului.

În ansamblu, perioada antepreşcolară este o perioadă de adaptare treptată faţă de mediul extern. Copilul, care era înainte întru totul dependent de mamă, capătă o oarecare independenţă faţă de ea doar abia la sfârşitul acestei perioade.

Perioada antepreşcolară se caracterizează prin metabolismul ridicat. Lungimea corpului se măreşte cu 50% faţă de cea avută la naştere. La copil, spre deosebire de adulţi, segmentele inferioare ale sistemului nervos predomină asupra celor corticale. În cursul vieţii extrauterine numărul neuronilor nu mai creşte. Neuronii doar se desăvârşesc căpătând noi ramificaţii prin care se leagă de regiunile cerebrale vecine.

La vârsta de 1,5 ani nervii cranieni sunt mielinizaţi, iar la 3 ani detaliile structurale ale creierului sunt aproape aceleaşi ca şi la adulţi.

În perioada antepreşcolară domină procesele de cunoaştere senzorială – percepţiile. Facultăţile de percepere la 5, 10 şi 18 luni sunt controlate conform metodei psihologului francez Piaget. Limbajul e sărac. La vârsta de 1 an şi jumătate copilul de abia cunoaşte 50 de cuvinte. La sfârşitul celui de al treilea an el cunoaşte aproximativ 500 de cuvinte.

Muşchii capătă o dezvoltare mai mare doar la nivelul umerilor şi braţelor. Muşchii mici se dezvoltă mai târziu. Motricitatea copiilor în această perioadă este insuficient coordonată şi imprecisă.

La vârsta de 2-3 luni se formează curbura cervicală a coloanei vertebrale. Când copilul începe să stea în picioare, aproximativ la vârsta de 9-12 luni, se modelează curbura lombară. Cea toracică apare mai târziu. Curburile caracteristice adultului se formează definitiv la sfârşitul vârstei de 3-4 ani. Fontanela mică se închide la 2-3 luni, iar cea mare la 1 an.

La nou-născut sângele prezintă 15% din greutatea corporală, pe când la cel adult doar 7-8%. Hematiile sunt mai numeroase şi mai bogate în hemoglobină, ceea ce asigură necesitatea crescândă a oxigenului. La nou-născut imunitatea antiinfecţioasă lipseşte, de aceea aparatul respirator e predispus la infecţii şi inflamaţii.

Periodicitatea alimentaţiei şi durata somnului exercită influenţă asupra activităţii care se manifestă prin jocuri cu diferite obiecte. Antepreşcolarul este foarte vulnerabil faţă de nocivităţile mediului extern. Pentru a-l proteja este nevoie de a crea un regim educativ şi igienic individualizat.

II. Perioada preşcolară (3–6 (7) ani).

În această perioadă dezvoltarea motricităţii copilului şi a limbajului său îi dă posibilitate să treacă de la o absolută dependenţă de mamă la o independenţă relativă, care se realizează prin perfecţionarea raporturilor de adaptare dintre organism şi mediu. Pe baza desăvârşirii scoarţei cerebrale ce are loc în această perioadă se dezvoltă funcţiile psihice de analiză şi sinteză, se perfecţionează **percepţia** şi **memoria**. Percepţia la copilul preşcolar nu este diferenţiată. Saturaţia ei se manifestă prin atracţia copilului spre culoare în detrimentul formei. Noţiunea de timp nu este cunoscută preşcolarului precum şi şcolarului mic. Evenimentele ritmice, cum sunt somnul, prânzul, cina, îmbrăcămintea, se leagă de noţiunea timpului, însă destul de vag.

Întrebuinţarea corectă a noţiunilor „mâine" şi „ieri" are loc de abia la 4 ani, iar deosebirea anotimpurilor la 6 ani. Intervalele scurte de timp (1 oră, jumătate de oră, un sfert) pot fi determinate abia la 6–8 ani.

Gândirea în perioada preşcolară este legată direct de actul pe care-l execută. Ea deseori este dirijată de emoţii. Copilul nu poate să gândească separat de obiect (cifra ca noţiune abstractă nu există pentru copilul de 5 ani); la 3-4 ani numărul e inseparabil legat de obiect. La 6 (7) ani se dezvoltă intelectul copilului. Apar noţiuni abstracte. Se întăreşte voinţa. Preşcolarul mic (3, 4, 5 ani) nu-şi reprezintă clar rezultatul final al activităţii sale. Atitudinea critică faţă de posibilităţile sale apare la 5,5-6 (7) ani. **Limbajul, inteligenţa** şi **afectivitatea** în perioada preşcolară se află într-o conexiune foarte strânsă. Afectivitatea se manifestă prin sentimente (bucurie–tristeţe, plăcere–neplăcere, prietenie–ură, triumf–ruşine etc.). Fără emotivitate nu poate fi interes, iar fără interes nu există acţiune şi efort de gândire. Afectivitatea are un rol important şi hotărâtor în dezvoltarea somatopsihică, în formarea unei personalităţi cu conduită socială normală. Iată de ce este nevoie de o dirijare a bogatului fond afectiv de care dispune copilul.

În această perioadă limbajul devine un instrument activ în relaţiile copilului cu cei din jurul său. La 3 ani vorbirea cuprinde propoziţii simple, uneori completate de gesturi. La sfârşitul perioadei preşcolare copiii deseori folosesc vorbirea în gând.

Activitatea copilului preşcolar constă mai ales din jocuri. Ea poate fi utilizată şi în scop educativ prin cultivarea deprinderilor de conduită. Însuşirea deprinderilor de conduită civilizată (în primul rând, îndeplinirea obligaţiunilor formulate de adulţi) pune bazele moralităţii copilului, el începe să înţeleagă necesitatea respectării regulilor morale. La sfârşitul perioadei preşcolare copilul ştie că regula este o necesitate, o obligaţiune morală independentă de cei care îl înconjoară. Copilul preşcolar este capabil să intre în colectivitate, să stabilească legături cu alţi copii şi cu adulţi.

III. Perioada şcolară (6 (7) –18 ani).

Dezvoltarea copilului în perioada şcolară atât fizică, cât şi neuropsihică, atinge nivelul care îi permite să fie încadrat într-o activitate organizată, în cadrul şcolii şi să fie supus unei educaţii colective sistematice.

Sistemul muscular la această vârstă capătă o dezvoltare mai intensă, graţie căreia devine posibilă însuşirea tehnicii scrisului. La 6-7 ani mişcările precise rămân însă dificile şi obositoare.

Mişcările devin mai precise şi coordonate după vârsta de 8-9 ani. Între 6 şi 9 ani se dezvoltă intens baza craniului şi regiunea facială. Începând cu vârsta de 7 ani are loc concreşterea oaselor bazinului, care se termină la 20-21 de ani. La începutul acestei perioade (6-7 ani) erup dinţii permanenţi. Scoarţa corticală capătă un rol dominant. Ea controlează şi dirijează reacţiile instructiv-emotive subcorticale. Atenţia la şcolarul mic este redusă, deseori involuntară şi puţin distributivă (nu poate fi atent în acelaşi timp la mai multe activităţi).

Atenţia cheltuie multă energie, de aceea e posibilă oboseala intelectuală.

Memoria copilului de 7-12 ani se dezvoltă destul de intens. Aceasta e o perioadă de acumulare a cunoştinţelor, mai ales a celora pe care le capătă în şcoală.

Gândirea are încă un caracter concret. Din punct de vedere afectiv şcolarul mic devine mai calm în comparaţie cu perioada preşcolară şi cu cea din perioada pubertăţii. El este mai puţin capricios, dar mai obraznic. Concomitent cu activitatea de cunoaştere se dezvoltă şi sentimentele intelectuale, estetice.

Conduita morală la sfârşitul etapei de şcolar mic (10-11 ani) nu este coordonată de idei morale, ci de obişnuinţele însuşite.

A doua fază a perioadei şcolare (subgrupa şcolară mijlocie) o constituie pubertatea care în mod convenţional e divizată în trei timpi: pubertatea, pubertatea propriu-zisă şi postpubertatea. Începutul pubertăţii este caracterizat printr-o creştere staturală mai pronunţată, care se realizează mai mult pe seama membrelor inferioare. Se dezvoltă şi capătă o forţă mai mare musculatura. Creşte diametrul toracelui şi se măreşte capacitatea vitală a plămânilor (între 13-17 ani ea creşte peste 40%).

Pubertatea propriu-zisă se manifestă prin profunde modificări neurohormonale. La fete în primul rând se dezvoltă glanda mamară. La ele primele semne ale pubertăţii pot fi observate la 9-10 ani. Sunt însă cazuri când dezvoltarea lor întârzie *chiar şi până la 15 ani. Un alt criteriu al pubertăţii este menarha – apariţia primei* menstruaţii, care are loc la un an după intensificarea creşterii staturale. Aproximativ la 11 ani apare pilozitatea, mai întâi cea pubiană, iar apoi cea axilară. La băieţi pubertatea întârzie cu un an, doi comparativ cu fetele. Pubertatea începe cu creşterea mai intensă a staturii, dezvoltarea pilozităţilor (inclusiv a feţei), mărirea laringelui şi schimbarea vocii şi creşterea accentuată a organelor genitale.

Subperioada şcolarului mijlociu, care coincide cu pubertatea, se caracterizează, din punctul de vedere al dezvoltării psihice, prin evoluţia rapidă a proceselor cognitive. Astfel, percepţia, care la micul şcolar avea un caracter global şi sintetic, devine analitică, îndreptată spre aprofundarea cunoştinţelor referitoare la obiecte şi fenomene.

Sub aspect afectiv pubertatea se deosebeşte prin trecerea uşoară şi bruscă de la reacţii relativ calme la reacţii şi stări cu caracter excitant. Pubertatea poate declanşa o serie de tulburări comportamentale care se manifestă prin nesiguranţă, timiditate sau agresivitate şi atitudine protestatară. Tulburările de ordin nervos ce se observă sunt cauzate de intensificarea funcţiei tiroidei şi glandelor sexuale. În perioada pubertăţii se conturează trăsăturile de caracter şi chiar însăşi personalitatea adultului de mâine. O caracteristică a personalităţii la această vârstă este creşterea conştiinţei de sine şi a spiritului de independenţă.

În subperioada şcolarului mare care urmează imediat după pubertate are loc adolescenţa în timpul căreia se intensifică maturaţia sub toate aspectele (gândirea capătă mai mult un caracter abstract, se întăreşte voinţa care denotă efort voit pentru atingerea unui scop stabilit, se cristalizează atitudinea faţă de muncă în conformitate cu cerinţele societăţii etc.).

Adolescenţa prin intensa dezvoltare intelectuală multilaterală favorizează desăvârşirea de mai târziu a personalităţii omului.

3.3.6. PRELUCRAREA STATISTICĂ A DATELOR DEZVOLTĂRII FIZICE

Datele dezvoltării fizice pot fi folosite atât pentru aprecierea nivelului mediu al dezvoltării colectivităţilor de copii dintr-un oraş sau şcoală, cât şi pentru aprecierea dezvoltării individuale.

Aprecierea dezvoltării fizice individuale nu se poate realiza dacă nu dispunem de indicii medii colectivi (standarde), care reprezintă în sine criterii tipice pentru grupele respective, omogene din punctul de vedere al sexului, vârstei, naţionalităţii, locului de trai, care s-au aflat în condiţii social-economice, climato-geografice similare. Indicii medii se elaborează, ca regulă, o dată în 3 ani. Astfel, pentru a interpreta datele de dezvoltare fizică este nevoie de prelucrarea lor statistică, care prevede calcularea valorilor tipice sau medii, ce exprimă tendinţa generală, şi indicii de dispersie, care arată variabilitatea sau gradul de deviere a cazurilor individuale de cele tipice, centrale.

Mai jos vom demonstra utilizarea coeficientului regresiei $R_{x/y}$ sau $R_{y/x}$, care se mai însemnă şi $b_{x/y}$ sau $b_{y/x}$. Coeficientul regresiei arată cu cât valoarea caracteristicii y (să presupunem greutatea) se va schimba în conformitate cu schimbarea altei valori x (înălţimea) cu o unitate (1 cm), ambele fiind în raport de corelaţie. Spre exemplu, dacă înălţimea medie a băieţilor de 2 ani din localităţile urbane e 85, 90 cm, greutatea de 12,94 kg şi $R_{y/x}$ – 0,22 kg, mărirea înălţimii cu 1 cm condiţionează o sporire a greutăţii corporale cu 0,22 kg, adică ea va fi de 13,1 kg. Un copil mai scund cu 1 cm va avea o greutate cu 0,22 kg mai mică, de 12,72 kg.

Deviaţia medie a coeficientului regresiei sau sigma regresiei, care se însemnă σ_x, se determină prin formula următoare: $\sigma_x = \sigma_y \sqrt{1-\gamma^2}$, în care σ_y este devi-

ația medie *pătratică a greutății, iar coeficientul de corelație între înălțime și greutate*(r_{xy}).

Pentru a ușura calculele, valoarea parametrilor statistici σ_x R și σ_y este dată în tabele speciale pentru fiecare subperioadă (subgrupă) de vârstă. Iată de ce noi ne vom limita la explicarea modului de utilizare a acestor parametri.

Să construim mai întâi scara regresiei pentru fetele în vârstă de 3 ani din localitățile urbane. Pentru aceasta vom folosi parametrii statistici din îndreptarul dezvoltării fizice a copiilor și adolescenților din Republica Moldova. Înălțimea medie la această vârstă este 94,2 cm. Înălțimii de 94 cm, care e cea mai apropiată de cea medie, îi corespunde greutatea 14,7 kg.

Coeficientul regresiei R calculat anticipat este 0,30, deci mărirea (micșorarea) înălțimii cu câte 1 cm are drept urmare mărirea (micșorarea) greutății cu 0,30 kg. Dacă înălțimii de 94 cm îi corespunde greutatea 14,7 kg, atunci pentru înălțimea 95 cm greutatea va fi (14,7 + 0,30) egală cu 15 kg, pentru 96 cm (15,0 + 0,30) = 15,3 kg. Dacă înălțimea scade cu 1 cm, și greutatea va scădea cu 0,30 kg.

Să presupunem că o fetiță de 3 ani are înălțimea de 96 cm (mai mare decât media) și greutatea 14,1 kg. Să se afle greutatea conform înălțimii, dacă ea este mai mică cu 1,2 kg decât valoarea medie corespunzătoare înălțimii de 96 cm, adică 15,3 kg. Pentru aceasta e necesar de a împărți diferența de greutate la sigma regresiei (σ =1,49) și dacă rezultatul nu va depăși (plus sau minus) valoarea unei sigme, înseamnă că avem greutatea medie. În cazul dat -1,2/1,49 = 0,8, deci greutatea este medie.

Pentru aprecierea justă a dezvoltării fizice a copilului o deosebită importanță are determinarea corectă a vârstei la ziua cercetării. De exemplu, în vârsta de 1 lună trebuie să fie încadrați copiii de la 16 zile până la 1 lună și 15 zile, în vârsta de 2 luni – de la 1 lună și 16 zile până la 2 luni și 15 zile etc. În grupa celor de 4 ani – de la 3 ani 9 luni și 29 de zile etc. Începând cu 7 ani vârsta este calculată cu intervalul de 1 an: în grupa celor de 7 ani sunt incluși copiii de la 6 ani și 6 luni până la vârsta de 7 ani 5 luni și 29 de zile, în vârsta de 8 ani – cei care au împlinit 7 ani și 6 luni până la vârsta de 8 ani 5 luni și 29 de zile.

Pentru estimarea complexă a dezvoltării fizice individuale e necesar de a dispune de așa date antropometrice ca înălțimea, greutatea și perimetrul toracic, care se vor compara cu datele tabelului ținându-se cont de vârstă, sex, mediu (urban, rural).

Pentru a stabili clasa de dezvoltare în funcție de media înălțimii și deviația ei sigmatică, vom examina un caz concret. Să presupunem că e vorba de fetițe în vârstă de 4 ani, care locuiesc la oraș (*tabelul 51*).

Tabelul 51

SCARA REGRESIEI PENTRU FETELE DE 4 ANI DIN LOCALITĂȚILE URBANE

Înălțimea, cm	Greutatea, kg	Înălțimea, cm	Greutatea, kg
85	12	95	15,0
86	12,3	96	15,3
87	12,6	97	15,6
88	12,9	98	15,9
89	13,2	99	16,2
90	13,5	100	16,5

91	13.8	**101**	16.8
92	14.1	**102**	17.1
93	14.4	**103**	17,4
94	14.7	**104**	17,7
		$M(\bar{x}) = 94.2$ $\delta = 4.10$ R –	14.4 $\delta_{\bar{x}} = 1.49$ 0.3

În tabelul de dezvoltare psihomotorie la vârsta de 4 ani fetele din localități urbane au înălțimea medie 101.02 cm, iar deviația medie pătratică σ este 4.10. În funcție de devierea sigmatică dezvoltarea fizică a acestor fete poate fi caracterizată în felul următor (*tabelul 52*).

Tabelul 52

Model pentru stabilirea claselor de dezvoltare fizică în funcție de media aritmetică și deviația sigmatică a înălțimii când $x \pm \sigma = 101{,}02 \pm 4{,}10$

Nr.	Caracteristica claselor	Limitele sigmatice ale claselor	Limitele numerice ale claselor după înălțime, cm
1	Foarte mică	$(\bar{x} - 3\sigma)$	88.72
2	Mică	$(\bar{x} - 2\sigma) - (\bar{x} - 3\sigma)$	92.81 – 88.72
3	Submijlocie	$(\bar{x} - \sigma) - (\bar{x} - 2\sigma)$	96.91 – 92.83
4	Mijlocie sau tipică	$(\bar{x} - \sigma) - (\bar{x} + \sigma)$	96,92 – 105.12
5	Supramijlocie	$(\bar{x} + \sigma) - (\bar{x} + 2\sigma)$	105.13 – 109.22
6	Mare	$(\bar{x} + 2\sigma) - (\bar{x} + 3\sigma)$	109.23 – 113,32
7	Foarte mare	$> (\bar{x} + 3\sigma)$	> 113.32

Normativele pentru estimarea dezvoltării fizice a fetelor de 4 ani din localitățile urbane ale Republicii Moldova le prezentăm în *tabelul 53*.

Ținând seama de valorile indicate în tabel, o fetiță cu înălțimea de 108 cm se va încadra în clasa supramijlocie, iar alta cu înălțimea de 92 cm în clasa mică.

Pentru aprecierea dezvoltării fizice a copiilor și elaborarea măsurilor de sanare trebuie luate în considerare nu numai dimensiunile corpului, ci și datele somatoscopice și fiziometrice: gradul de dezvoltare a mușchilor, capacitatea vitală a plămânilor, abundența țesutului adipos subcutanat etc. Iată de ce înălțimea corpului trebuie confruntată cu greutatea, perimetrul toracic, gradul de dezvoltare a musculaturii și a țesutului adipos subcutanat; după vârsta de 5 ani se ia în calcul, de asemenea, forța musculară a mâinilor și capacitatea vitală a plămânilor.

La estimarea nivelului de dezvoltare fizică a copiilor se poate folosi schema propusă de T.Crivorucico și L.Antonova. Conform acestei scheme nivelul de dezvoltare fizică a fost divizat în cinci grupe: dezvoltarea armonioasă, satisfăcătoare, nesatisfăcătoare, submijlocie, proastă (*tabelul 54*). *Notă:* „M" – media; σ – deviația medie pătratică; CVP – capacitatea vitală a plămânilor.

Tabelul 53

Normativele pentru estimarea dezvoltării fizice a fetelor de 4 ani din localităţile urbane

Limitele deviaţiilor sigmatice	Înălţimea, cm	Greutatea, kg	Perimetrul toracic, cm
Foarte mică ($\bar{x} - 3\sigma$)	Mai puţin de 88,72	Mai puţin de 10,50	Mai puţin de 46,54
Mică de la ($\bar{x} - 2\sigma$) până la ($\bar{x} - 3\sigma$)	91 92 93	13,1 13,4 13,7	50,9 51,2 51,5
Submijlocie de la ($\bar{x} - \sigma$) până la ($\bar{x} - 2\sigma$)	94 95 96 97 98	14,1 14,4 17,7 15,1 15,4	51,7 52,0 52,3 52,5 52,8
Mijlocie sau tipică de la ($\bar{x} - \sigma$) până la ($\bar{x} + \sigma$)	99 100 101 102 103 104 105	15,7 16,0 16,4 16,7 17,0 17,4 17,7	53,1 53,3 53,6 53,9 54,2 54,4 54,7
Supramijlocie de la ($\bar{x} + \sigma$) până la ($\bar{x} + 2\sigma$)	106 107 108 109	18,0 18,4 18,7 19,0	55,0 55,0 55,5 55,8
Mare de la ($\bar{x} + 2\sigma$) până la ($\bar{x} + 3\sigma$)	110 111	19,3 19,7	56,0 56,3
Foarte mare > ($\bar{x} + 3\sigma$)	Peste 113,32	Peste 22,26	Peste 60,70
M ($\bar{x}$)	101,02	16,38	53,62
Σ	4,10	1,96	2,36
R	–	0,33	0,27
σ_R	–	1,41	2,10

Orice copil aparţine uneia din aceste 5 grupe. Dezvoltarea fizică nesatisfăcătoare şi proastă se poate reflecta negativ asupra greutăţii şi perimetrului toracic (semnul –) sau printr-o depăşire (semnul +) a valorilor corespunzătoare înălţimii respective.

Tabelul 54

Schema estimării dezvoltării fizice individuale şi de grupă a copiilor şi adolescenţilor (conform scării regresiei)

Dezvoltarea fizică	Înălţimea (cm)	Perimetrul toracic (cm) şi greutatea (kg)	Forţa musculară a mâinilor (kg) şi CVP* (cm^3)
Armonioasă	Înaltă de la (M+2 σ) şi mai mult Supramijlocie, mijlocie şi submijlocie – de la (M–2σ) până la (M+2σ)	de la (M+1σ) p (M+$σ_R$) şi > datorită dezvoltării musculaturii	de la (M+1,1$σ_R$) şi >
Satisfăcătoare	Supramijlocie, mijlocie şi submijlocie – de la (M–2σ) până la (M+2σ)	de la (M+$σ_R$) până la (M+2$σ_r$) datorită depozitării ţesutului adipos	de la (M+1$σ_R$) până la (M+2$σ_R$)
Nesatisfăcătoare	Înaltă, supramijlocie, submijlocie – de la (M–2σ) până la (M+2σ) şi >	de la (M–1,1$σ_R$) până la (M–2$σ_R$)	de la (M–1$σ_R$) până la (M–2$σ_R$)
Submijlocie	Înaltă, supramijlocie, joasă – de la (M–2σ) şi < până la (M+2σ) şi >	de la (M+2,1$σ_R$) până la (M+3$σ_R$) datorită ţesutului adipos	
Proastă	Joasă (M–3σ) şi < Înaltă, supramijlocie, mijlocie, submijlocie, joasă – de la (M–2σ) şi < până la (M+2σ) şi >	greutatea şi perimetrul toracic corespund înălţimii (M–$σ_R$) până la 2$σ_R$ perimetrul to- racic şi greutatea sunt exagerat de mari (M+3$σ_R$) şi > datorită depozitării abundente a ţesutului adipos	de la (M–2,1$σ_R$) până la (M–3$σ_R$) şi <

3.3.7. ACCELERAŢIA DEZVOLTĂRII FIZICE

În antropologie şi medicină termenul acceleraţie (*acceleratio* – accelerare) denumeşte fenomenul accelerării creşterii şi dezvoltării copiilor şi adolescenţilor.

Termenul a fost propus în 1935 de către E. Koch, care prin noţiunea de acceleraţie înţelegea începutul unor manifestări ale dezvoltării şi accelerării ritmului de creştere a copiilor şi adolescenţilor. C. Bennholdt-Thomsen (1942) la aceste caracteristici a mai adăugat mărirea dimensiunilor corpului celor maturi. Accelerarea ritmului de dezvoltare individuală, în comparaţie cu generaţiile antecedente, este parte

componentă a unei tendinţe generale de schimbare a biologiei omului contemporan denumită în literatura de specialitate „secular trend" (trendul secular).

Acceleraţia se manifestă chiar în faza dezvoltării intrauterine. În ultimii 30-40 de ani lungimea corpului nou-născuţilor s-a mărit cu 0,5-1 cm, iar greutatea cu 50-100 g. Sporirea înălţimii se observă şi la copiii sugari. Accelerarea creşterii înălţimii corpului este însoţită de maturarea sexuală mai precoce. Astfel, dacă la mijlocul secolului al XIX-lea la fetele de pe continentul european menstruaţia apărea la vârsta de 16-17 ani, în anii '60 ai secolului al XX-lea acest fenomen se înregistra la vârsta de 13-14 ani.

Există o serie de ipoteze referitoare la cauza acceleraţiei. În mod convenţional ele pot fi divizate în 3 grupuri.

În primul dintre acestea este inclusă ipoteza fizico-chimică. Koch socotea că copiii contemporani sunt expuşi acţiunii mai intensive a radiaţiei solare care, după opinia lui, este un stimulator activ al creşterii. R. Treiber era de părerea că acţiunea stimulatoare a creşterii şi dezvoltării copiilor o exercită undele electromagnetice, iar B. de Rudder acelaşi efect îl atribuia intensificării radiaţiei.

Al doilea grup de ipoteze explică accelerarea prin schimbarea condiţiilor de viaţă. W. Lenz şi alţi savanţi văd cauza principală în alimentaţia copiilor, folosirea sporită a lipidelor şi proteinelor de provenienţă animală şi în apariţia concentratelor alimentare cu valoare calorică ridicată (mai ales pentru sugari). Unii cercetători explică acelaşi fenomen prin efectul vitaminelor (mai ales al vitaminei B_1).

Cel de-al treilea grup de ipoteze întruneşte opiniile conform cărora acceleraţia este o consecinţă a heterozisului ce se observă în ultimul secol în legătură cu dezvoltarea transportului, urbanizării, migraţiei şi a altor fenomene sociale care duc la năruirea graniţelor de castă şi religioase şi contribuie la contopirea diverselor pături ale populaţiei şi la mărirea numărului de căsătorii mixte.

Acest fenomen social este specific Republicii Moldova. Conform recensământului din 1959 frecvenţa căsătoriilor mixte era de 269 la 1 000 de căsătorii, iar după 10 ani, la recensământul din 1970 s-a înregistrat o frecvenţă de 443 de căsătorii mixte la 1 000 de căsătorii. T. Crivorucico a stabilit că înălţimea şi greutatea corpului copiilor de 1-3 ani, proveniţi din familii mixte, era mai mare decât la cei din familii mononaţionale. Există diferenţe şi în ritmul de creştere.

La baza fenomenului stau nu numai factorii endogeni, ci şi cei exogeni. Nici una din teoriile actuale nu poate fi acceptată ca exhaustivă, deoarece ele toate au un caracter unilateral şi nu dau o explicaţie complexă şi amplă a fenomenului de accelerare a dezvoltării fizice.

3.3.8. DEZVOLTAREA FIZICĂ A COPIILOR ŞI ADOLESCENŢILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Primele cercetări ale dezvoltării fizice a copiilor şi adolescenţilor în republică au fost efectuate în anii 1958-1963. Pe baza lor au fost elaborate primele normative ale dezvoltării fizice a copiilor şi adolescenţilor din mediul urban şi rural. De aceste normative s-a ţinut cont în practica instituţiilor de sanare şi educaţie a copiilor.

Peste un timp indicii în cauză nu mai reflectau noile realităţi, ceea ce a condiţionat noi cercetări, care au fost realizate de către colaboratorii laboratorului de igienă

a copiilor şi adolescenţilor, Institutul de Igienă şi Epidemiologie, printre care se numărau T. Crivorucico, T. Voina, V. Calin, L. Apostol, N. Bâstrova, L. Antonova ş.a.

Analiza rezultatelor dezvoltării fizice obţinute în 1970 a permis evidenţierea unor schimbări esenţiale în dezvoltarea fizică a copiilor şi adolescenţilor, atât în mediul rural cât şi în cel urban, în decursul celor 10 ani ce s-au scurs de la prima cercetare. S-a constatat că în mediul urban a avut loc o mărire a staturii şi greutăţii corpului, în timp ce perimetrul toracic a suferit schimbări neesenţiale, în acelaşi timp în mediul rural s-au înregistrat schimbări doar ale greutăţii şi perimetrului toracic, schimbările staturii rămânând neesenţiale. La elevii claselor mari deviaţiile au fost mai pronunţate decât la clasele mici ori la vârsta preşcolară.

În toate perioadele de creştere şi dezvoltare indicii la băieţi erau mai mari decât la fetele de vârsta respectivă.

În intervalul de timp amintit lungimea corpului la nou-născuţii de sex masculin a crescut cu 0,8 cm. Greutatea corpului la băieţii nou-născuţi a crescut cu 289 g, iar la fete – cu 190 g. Perimetrul craniului la ambele sexe s-a mărit cu 1,1 cm.

Schimbări mai pronunţate în dezvoltarea fizică au fost observate la copiii din mediul urban. Statura lor a crescut cu 1,16-5,54 cm la băieţi şi cu 1,94-3,96 cm la fetiţe; greutatea corpului a sporit cu 1,52-5,66 kg la băieţi şi cu 1,64-4,06 kg la fete.

Ritmul de dezvoltare era mai mare în perioadele pubertară şi prepubertară, care au survenit la o vârstă mai timpurie.

Cât priveşte caracteristicile funcţionale ale dezvoltării fizice nu s-au observat schimbări. Era prezentă doar o creştere a capacităţii vitale a plămânilor şi a indicilor dinamometrici la fete în mediul rural.

Deosebiri statistice autentice în ceea ce priveşte indicii fiziometrici în localităţile urbane şi rurale, în toate grupele de vârstă şi sex, n-au fost înregistrate.

Tensiunea arterială la băieţii sub 13 ani era mai mare decât la fete. În perioada 13–15 ani ea se egalează, iar după vârsta de 16 ani acest parametru e din nou mai mare la băieţi. Mărimea presiunii arteriale s-a înregistrat doar în perioada creşterii mai intense şi a dezvoltării sexuale, ceea ce este un fenomen normal la majoritatea indivizilor sănătoşi, indiferent de sex sau de locul de trai.

Indicii antrenării fizice conform tuturor testelor au fost mai buni la elevii localităţilor urbane. Totodată, destul de numeroasă (20-28%) a fost grupa elevilor cu indici mici ori prea mici, ceea ce denotă că educaţia fizică a copiilor în şcoli era nesatisfăcătoare.

PARTEA II

MANAGEMENTUL ÎN DOMENIUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

CAPITOLUL 1

MANAGEMENTUL ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

1.1. INTRODUCERE ÎN MANAGEMENT. NOȚIUNI GENERALE

De ce trebuie studiat managementul? Răspuns la întrebare poate servi următoarea motivație: fiecare persoană are șansa potențială de a fi promovat într-un post de conducere. În momentul avansării, sentimentul de mândrie este cel mai puternic, dar, totodată, apare și teama de a nu face față lucrurilor. Odată ajuns într-un post de conducere, activitățile de rutină te preocupă tot mai intens. Timpul se reduce, apare „criza de timp" și managerul nu poate să reflecteze asupra activității sale. Totul se transformă într-un haos și stres, iar consecințele negative apar tot mai evident. În această situație studiul managementului vă poate ajuta să deveniți eficace.

A fi eficace, pentru un manager, ca și pentru orice altă persoană, înseamnă a înțelege și a îndeplini sarcinile, pe care le presupune munca sa. Cei care vor să-și îmbunătățească activitatea trebuie să-și revizuiască atât eficacitatea, cât și eficiența.

– Eficacitate – înseamnă să faci exact ceea ce trebuie să faci.

– Eficiență – înseamnă să folosești cât mai economic resursele.

– Eficacitatea este mai importantă decât eficiența, deoarece este necesar să îndeplinești mai întâi ceea ce trebuie făcut. Numai atunci contează dacă munca este făcută eficient, adică în modul cel mai potrivit.

– Studiul managementului poate ajuta la o mai bună gestionare a celor 4 tipuri de resurse de care dispuneți:

- resurse umane;
- resurse materiale;
- resurse financiare;
- timp.

În literatura contemporană sunt folosiți trei termeni diferiți pentru a marca funcțiile, pe care le exercită un conducător de instituție medicală: primul este

termenul *„organizator al ocrotirii sănătății"*, care îi cuprinde atât pe conducătorii instituțiilor orășenești, cât și pe cei ai celor municipale și republicane, toți constituind una și aceeași categorie de medici, având ca funcție principală organizarea activității cadrelor medicale. Al doilea, este termenul *„medic-șef"*, care îndeplinește funcția de conducător al instituției, desemnând de fapt una din subdiviziunile conținutului noțiunii de „organizator al ocrotirii sănătății". În sfârșit, în ultimii ani este folosit termenul de *„manager"* – termen împrumutat din domeniul businessului.

Literatura mondială și, în primul rând, cea americană propune o multitudine de accepții ale termenilor „management" și „manager".

Dicționarul standard (Oxford) al limbii engleze menționează, că managementul este modul și maniera de comportare cu oamenii, abilitatea și arta dirijării; în mod corespunzător, managerul este persoana care realizează aceste funcții.

Verner Siegert și Lucia Lang, vorbind despre management, atestă că este vorba despre o astfel de conducere a oamenilor și de folosire a mijloacelor, care permit rezolvarea problemelor trasate pe o cale umană, rațională, economică. A.V. Popov subliniază că, în literatura de specialitate americană, managementul, de cele mai multe ori, este definit drept „un proces cu ajutorul căruia un grup de persoane colaborează între ele, orientând propria lor activitate spre niște scopuri comune".

Managementul ca sistem.

Managementul este o artă, care necesită calități înnăscute din partea managerului, dar și o știință, care poate fi dobândită prin instruire și educație.

Unii teoreticieni susțin că managementul este 70% bun simț și 30% cunoștințe, alții sunt de altă părere. De aici și existența mai multor definiții ale managementului.

La origine, cuvântul provine din latină, „manus" desemnând strunirea cailor, care trag la un car sau o căruță cu ajutorul hățurilor. Imaginea este plastică, dar o putem folosi în studiul celorlalte definiții.

Sensurile verbului englez *to manage* sunt destul de surprinzătoare, dar o mare parte dintre ele pot contribui la o mai bună înțelegere a conceptului managementului:

1. a ține un cal în frâu;
2. a administra;
3. a trata cu indulgență;
4. a fi atât de neîndemânatic și ghinionist încât...;
5. a duce ceva la bun sfârșit etc.

Câteva definiții ale managementului date în diferite lucrări:

1. Managementul este procesul compus din funcții și activități sociale și tehnice legate între ele, care apare într-un cadru organizațional oficial, în scopul atingerii unor obiective dinainte determinate, prin utilizarea resurselor umane ...sau de alt fel (Koontz, Harold).
2. Asumarea răspunderii pentru deciderea, planificarea și reglementarea activității unor oameni, care lucrează pentru un scop comun, astfel încât rezultatul corect să fie eficient și economic (Brech).
3. Lucrul cu indivizi sau grupuri umane pentru îndeplinirea unor obiective organizaționale (Hersey și Blanchard).
4. O serie de activități integrate și interdependente, care determină o anumită combinație de mijloace (financiare, umane, materiale), astfel încât să se poată genera o producție de bunuri sau de servicii utile economic și social (Aktouf).

5. A prevedea şi a planifica, a organiza, a conduce, a coordona şi a controla (H. Fayol).

În pofida diversităţii elementelor, pe care pun accentul aceste definiţii, există câteva elemente-cheie comune tuturor:

– nevoia de scopuri şi obiective pentru obţinerea de rezultate orientate;
– importanţa coordonării eforturilor individuale în cadrul procesului;
– faptul, că munca directă este în mare parte sau chiar în întregime efectuată de alţii, şi nu de manager.

O definiţie de lucru simplă şi utilă ar fi:

„**Managementul** este procesul, prin care realizezi o treabă prin intermediul altora corect, la timp şi în limitele bugetului" (David Gustafson).

Nu este o definiţie perfectă, dar reprezintă un punct de plecare. Se sugerează, deci, că nu managerul este cel care trage căruţa, el doar ţine hăţurile şi biciul, ghidând, motivând şi controlând echipa, care lucrează. Desigur, analogia poate fi dezvoltată mai departe, dar managerii care-şi privesc oamenii doar ca pe cai, care trag o căruţă nu vor obţine niciodată rezultate prea bune.

Această imagine ne poate ajuta în sublinierea diferenţelor majore dintre munca managerială şi alte feluri de muncă. Nonmanagerii (lucrătorii) îndeplinesc şi ei nişte sarcini (indiferent la ce nivel, necalificat sau înalt calificat) care li se dau, dar supravegheaţi. Managerii îi determină pe ceilalţi să îndeplinească nişte sarcini:

lucrător ⟶ ***sarcină***

manager ⟶ ***alţi oameni*** ⟶ ***sarcini***

Funcţiile managementului.

Funcţiile managementului sunt acele funcţii, pe care le îndeplinesc managerii pentru a atinge obiectivele organizaţiei lor, prin utilizarea resurselor umane sau de alt fel. Henri Fayol clasifică funcţiile manageriale în următoarele categorii: *planificare, organizare, conducere, coordonare şi control.*

Planificarea presupune „evaluarea viitorului şi iniţierea măsurilor necesare". Ca să funcţioneze adecvat, o organizaţie are nevoie de un plan, care să îndeplinească următoarele caracteristici: *unitate, continuitate, flexibilitate şi precizie.* Altfel spus, pentru a rezolva problemele legate de planificare, echipa managerială trebuie să asigure respectarea următoarelor principii:

- ***Unitate*** – îmbinarea corespunzătoare a obiectivelor specifice fiecărui departament din organizaţie.
- ***Continuitate*** – să combine planificarea pe termen scurt cu cea pe termen lung.
- ***Flexibilitate*** – să fie capabil să adapteze planul la modificările apărute.
- ***Precizie*** – să încerce să prognozeze corect direcţiile de acţiune.

Esenţa planificării constă în utilizarea optimă a resurselor.

Organizarea înseamnă „crearea structurii manageriale şi umane a organizaţiei", adică stabilirea relaţiilor de autoritate şi responsabilitate. Scopul organizării este de a forma o structură adecvată pentru organizaţie, astfel încât aceasta să-şi poată atinge obiectivele propuse prin planificare. Corespunzător acestei structuri, trebuie să existe o unitate de comandă şi acţiune, cu definirea clară a responsabilităţilor şi a modalităţilor cât mai adecvate de luare a deciziilor, toate acestea având la bază un sistem eficient de selectare şi pregătire a managerilor.

Funcţia de personal *(resurse umane)* – această funcţie include activităţile legate de managementul resurselor umane sau personalul administrativ. Conducerea include recrutarea şi selectarea personalului, descrierea postului, plasarea angajaţilor în locuri de muncă adecvate, formarea pentru însuşirea deprinderilor individuale necesare pentru ca aceştia să-şi poată îndeplini bine sarcinile, consultarea în ceea ce priveşte performanţa, cariera şi determinanţii plăţii şi recompenselor.

Conducerea *(leadership)* presupune să dai subordonaţilor un ghid pentru ceea ce trebuie şi ceea ce nu trebuie să facă. Ea se referă la relaţiile existente între manager şi subordonaţi şi include crearea unui mediu adecvat pentru motivaţie, comunicare şi leadership, astfel încât membrii organizaţiei să înţeleagă ce se aşteaptă de la munca lor.

Controlul este funcţia managementului centralizată pe monitorizarea şi evaluarea performanţei. Scopul acesteia este îmbunătăţirea calităţii continue. Ea este funcţia fundamentală a managementului şi include activităţile manageriale ţintite pe producerea rezultatelor şi creşterea performanţei. Controlul implică stabilirea de standarde şi compararea rezultatelor obţinute cu aceste standarde. Taylor menţiona patru părţi ale procesului de control, subliniind că este vorba despre un proces continuu:

- stabilirea de standarde pentru timp, calitate şi cantitate;
- măsurarea rezultatelor;
- compararea rezultatelor cu standardele;
- adoptarea modificărilor necesare.

Rolurile manageriale.

Un manager are autoritate şi un anumit statut, are responsabilităţi – nu numai în cadrul organizaţiei, ci şi în afara acesteia. Aceste activităţi sau comportamente pot fi descrise ca roluri, pe care le îndeplineşte un manager. Mintzberg a stabilit zece roluri manageriale, care sunt grupate în trei domenii: *interpersonal, informaţional şi decizional.*

A. Rolurile interpersonale. Relaţiile pe care managerul le întreţine cu ceilalţi:

1. *Rol de reprezentare* – este datorat autorităţii formale şi poziţiei simbolice. Acest rol consumă o mare parte din timpul managerului.
2. *Rol de lider* – managerul trebuie să creeze un mediu de muncă încât să încurajeze subordonaţii să obţină performanţa maximă. Pentru aceasta, nevoile organizaţiei trebuie să se îmbine cu nevoile indivizilor din organizaţie.
3. *Rol de legătură* – se referă la relaţiile pe orizontală. Managerul trebuie să-şi menţină o întreagă reţea de relaţii şi contacte în exteriorul organizaţiei.

B. Rolurile informaţionale.

Managerul este adesea sursă de informaţii pentru organizaţia sa, informaţii care pot proveni din interiorul organizaţiei sau din afara acesteia. O mare parte din putere este inclusă în acest grup de roluri manageriale, deoarece managerul poate să aleagă între a transmite informaţiile aşa cum le-a primit, le poate schimba cu un anumit scop sau poate să reţină o parte din informaţie.

4. *Rol de monitor* – managerul adună informaţii legate de munca celorlalţi din diferite surse, atât formale, cât şi informale. Din aceste informaţii,

managerul trebuie să le selecteze pe acelea, care sunt relevante şi utile. Informaţiile pot fi folosite în scop formal – pentru rapoarte, întâlniri, conferinţe, presă, dar şi pentru conversaţii informale.

5. *Rol de difuzor* – managerul alege informaţiile, care trebuie ştiute de alţii. Uneori informaţia este diseminată subordonaţilor, care în mod obişnuit nu pot avea acces la ea.
6. *Rol de purtător de cuvânt* – deseori managerul trebuie să dea informaţii privind organizaţia unor persoane din exteriorul acesteia.

B. Rolurile decizionale.

Atunci când managerii iau decizii, ei desfăşoară cel mai important aspect al muncii lor. În procesul de luare a deciziilor, managerul foloseşte toate informaţiile pe care le deţine, ca urmare a rolurilor descrise anterior, pentru a iniţia activităţi, care să ducă la realizarea obiectivelor, pe care şi le-a stabilit organizaţia.

7. *Antreprenor* – managerul ia uneori decizii privind schimbări în mersul organizaţiei. El trebuie să iniţieze schimbările şi are un rol activ în a decide ceea ce trebuie făcut. Principial, managerul acţionează din proprie iniţiativă.
8. *Factor de soluţionare a perturbărilor* – uneori, managerul trebuie să ia decizii, care decurg din evenimente neprevizibile, care nu sunt sub controlul lui. Abilitatea de a reacţiona prompt la evenimente este o trăsătură managerială importantă. Managerul are nevoie să înţeleagă problemele şi să aplice metode de soluţionare a conflictelor.
9. *Factor de alocare a resurselor* – acest rol apare ca extrem de important în majoritatea analizelor organizaţionale. Prin deciziile legate de alocarea resurselor, managerul planifică timpul, programează munca şi autorizează acţiunile. Rareori resursele sunt adecvate cererii, iar managerul trebuie să ia decizii bazate pe informaţii incomplete. Trebuie evitate deciziile arbitrare – managerul trebuie să încerce să aloce resursele în funcţie de nevoi, echitate, performanţă şi să evite alocarea acestora ca urmare a traficului de influenţă, a relaţiilor de prietenie sau din motive coercitive.
10. *Negociator* – reprezintă „o explorare a resurselor în timp util". Un manager trebuie să negocieze cu alţii şi, în cadrul procesului, să ia decizii legate de repartizarea resurselor organizaţiei.

Aceste zece roluri, de fapt, dau cea mai adecvată descriere a activităţii manageriale. În aceste zece roluri informaţia este crucială, managerul fiind cel care stabileşte priorităţile informaţionale. Cu ajutorul rolurilor interpersonale, managerul primeşte informaţii şi prin rolurile decizionale le utilizează.

Pentru a putea aplica cu succes aceste roluri, un manager are nevoie de aptitudini tehnice, umane şi conceptuale. *Aptitudinile tehnice* se referă la nivelul de competenţă într-o activitate specifică, legat adeseori de lucruri, nu de oameni. Aptitudinile tehnice includ, de obicei, procese specializate şi metodologii sau proceduri şi tehnici necesare muncii într-un domeniu specific.

Abilitatea managerilor de a lucra eficient cu alţii – ca indivizi şi ca grup – este o reflectare a *aptitudinilor lor umane*. Un manager cu aptitudini umane eficiente va fi conştient de atitudinea, percepţia şi sentimentele altora şi le va lua în considerare în procesul managerial. Managementul este un proces continuu de înţelegere a

comportamentului şi atitudinilor celorlalţi şi de comportare într-o manieră, care să ducă la încredere şi credinţă.

Aptitudinile conceptuale sunt reprezentate de abilitatea de a înţelege relaţiile din situaţiile complexe, de a vedea conexiuni în haos şi de a avea o viziune de viitor. Managerul trebuie să poată să vadă organizaţia şi operaţiunile ca un întreg. Diversele procese, intrări şi ieşiri, interacţiunea dintre componentele organizaţiei şi interrelaţiile dintre organizaţie şi mediul exterior trebuie privite ca ceva unitar, ca o entitate ce include tot.

Având ca bază aceste noţiuni teoretice referitoare la funcţiile, rolurile şi aptitudinile necesare managerilor, aceştia îşi pot constitui propria concepţie, îşi pot proiecta propriul stil managerial şi îşi pot dezvolta aptitudini manageriale specifice.

1.2. SARCINILE MANAGEMENTULUI

O tratare mai corectă, în opinia noastră, a noţiunii de management propune teoreticianul american P. Drucker. El afirmă că managementul contemporan este un mod specific de activitate de conducere, care îşi propune să-i facă pe oameni capabili de activitate comună, să atribuie eforturilor lor o eficacitate înaltă şi să atenueze slăbiciunile lor specifice, deoarece capacitatea omului de a aduce un folos societăţii depinde în măsură egală atât de eficacitatea dirijării instituţiei, cât şi de eforturile şi randamentul oamenilor în parte.

Din această concepţie sunt deduse şi ***sarcinile managementului:***

❖ unirea oamenilor în jurul obiectivelor comune ale întreprinderii, altfel o mulţime de oameni niciodată nu se va transforma într-un colectiv;

❖ dezvoltarea la fiecare colaborator al instituţiei a unor cerinţe proprii şi satisfacerea lor în măsura posibilităţilor;

❖ desfăşurarea neîntreruptă a procesului de formare a oamenilor;

❖ deoarece abilităţile şi pregătirea profesională a oamenilor care lucrează în colectiv sunt diferite şi colaboratorii execută activităţi diferite, munca lor trebuie să se bazeze pe comunicarea între membrii colectivului şi totodată pe responsabilitatea lor individuală;

❖ aprecierea rezultatelor activităţii instituţiei trebuie să se sprijine pe indici diferiţi şi pe mijloace de evaluare variate.

Aceste sarcini sunt axate, în primul rând, pe munca cu oamenii, în care se vede sectorul de bază al tehnologiei sociale a eficacităţii, din ce rezultă încă o concluzie: managementul este conducerea activităţii instituţiei prin intermediul unei munci minuţioase cu oamenii.

V. Zagaşvili menţionează două stiluri de conducere: *formal, dur* (administrativ de comandă) şi *neformal, permisiv* (social-psihologic):

– ***stilul formal, dur*** (administrativ de comandă) – toate legăturile dintre subunităţile ce se află la unul şi acelaşi nivel al structurii organizaţionale (în învăţământ – între pedagogi, clase, grupe) se realizează prin intermediul centrului (direcţiei), pe bază de acte normative şi instrucţiuni funcţionale rigide – „execută ceea ce cere şeful". Un asemenea sistem de dirijare se elaborează şi se înrădăcinează, învingând împotrivirea colaboratorilor.

– ***stilul neformal, permisiv*** *(social-psihologic)* – caracteristic pentru management, are următoarele trăsături:

- nu interzice colaboratorilor să acţioneze, sărind peste câteva trepte ale ierarhiei administrative şi acordă un câmp larg de activitate pentru legăturile orizontale (între persoanele ce stau la acelaşi nivel al structurii organizaţionale);
- de la colaboratori se aşteaptă ca ei singuri să-şi definească funcţiile, fără a aştepta instrucţiuni; în faţă lor se trasează doar problema şi obiectivele şi se cere rezultatul final;
- încurajează iniţiativa şi creativitatea;
- în sfârşit, colaboratorii participă la formularea şi trasarea a însăşi sarcinii la îndeplinirea căreia va urma să muncească.

Din cele menţionate mai sus rezultă că managementul se bazează pe stilul neformal şi reprezintă o nouă filozofie a conducerii, care evidenţiază rolul dirijării şi al personalităţii managerului în viaţa socială. Este vorba de o conducere orientată spre obiective bine definite, cu planuri alcătuite în aşa fel încât subalternii păstrează sentimentul propriei demnităţi şi au satisfacţie de la munca îndeplinită.

1.3. FUNCŢIILE MANAGERULUI

În cazul unei conduceri în stil neformal, pe avanscenă apare capacitatea de a realiza schimbări radicale, păstrând disciplina şi ordinea, şi promovând mişcarea continuă pe calea perfecţionării şi dezvoltării. În sfârşit, pivotul managementului devine cunoaşterea responsabilităţii sociale, pe care o poartă managerul.

Studierea teoriei managementului devine o necesitate, deoarece realizarea corectă a funcţiilor managerului rezolvă problemele conducerii raţionale, iar evoluţia lui corespunde evoluţiei economiei de piaţă: este vorba de o mentalitate nouă, schimbată, având la bază un sistem de valori şi proprietăţi noi, alte metode şi instrumente de dirijare în comparaţie cu cele tradiţionale şi o nouă interpretare a principiilor conducerii şi legăturilor interne.

Deci, o autoanaliză, o comparare a propriului stil şi a metodelor de conducere, a relaţiilor cu subalternii în raport cu cerinţele managementului, ne va permite să stabilim căile restructurării sistemului de dirijare în propria instituţie medicală. Să reţinem un postulat. Există o singură cale spre funcţionarea eficientă a instituţiei: o muncă individualizată cu fiecare medic, o muncă orientată spre scopuri bine definite, cu o reglare continuă a activităţii în raport cu datele ce pun în evidenţă mai ales insuccesele.

Se mai cere o observaţie importantă: uneori postulatele managementului par a fi adevăruri elementare şi bine cunoscute, deoarece ele nu sunt bazate direct pe căutări inovative, ci afirmă în mod hotărât democratismul, umanismul şi creativitatea. Ca urmare, persoanele, care nu le înţeleg sensul adânc şi adevărat declară că n-au aflat nimic nou şi totul le este bine cunoscut. Aceste persoane însă nu observă că elementele „obişnuite" din management sunt esenţiale şi a le neglija înseamnă a nu deveni manager, a nu înţelege că în instituţia medicală este invariabilă doar statornicia schimbărilor neîntrerupte, pe care le realizează colaboratorii şi a nu şti că managerul trebuie să tindă permanent spre a conduce aceste schimbări neîntrerupte.

Din cele spuse începe să se contureze personalitatea organizatorului-manager. Modelul clasic al acestuia posedă o serie de trăsături caracteristice oricărui medic,

dar în el se includ şi o serie de elemente, care sunt specifice numai organizatorului-manager. Ansamblul lor caracterizează specialitatea de organizator al ocrotirii sănătăţii şi o deosebeşte de alte specialităţi ale profesiei de medic.

Pentru enumerarea şi analizarea acestor trăsături specifice apare necesitatea de a caracteriza, în primul rând, noţiunile de organizator al ocrotirii sănătăţii şi de manager, care împreună luate, definesc funcţiile ce îi revin acestui specialist. Noţiunea generică de organizator stabileşte, că funcţia principală a specialistului respectiv este organizarea activităţii unor grupe de oameni în vederea atingerii scopurilor fixate pentru instituţia respectivă, în cazul nostru – instituţiile medicale. Organizarea activităţii personalului medical în vederea asigurării procesului de tratament este strâns legată de alte funcţii specifice ale organizatorilor, funcţii, care în ansamblul lor asigură succesul în realizarea scopului fixat.

La baza acestui ansamblu de funcţii ale organizatorului se află funcţia lui principală – definirea obiectivelor propuse spre realizare ca rezultat al desfăşurării activităţilor proiectate. În acest context menţionăm patru funcţii de bază ale organizatorului ocrotirii sănătăţii:

1. analiza informaţiei referitoare la activitatea instituţiei medicale realizată sub conducerea organizatorului, pe baza căreia se poate realiza reglarea activităţii sistemului;
2. planificarea procesului de organizare a activităţii oamenilor în instituţia respectivă;
3. controlul şi evaluarea nivelului de atingere a obiectivelor propuse spre realizare;
4. coordonarea eforturilor diferitor grupuri de specialişti, angajate în activitatea instituţiei.

Din acest ansamblu de funcţii rezultă destul de clar că ele reprezintă trăsături specifice, particulare unei anumite specialităţi, dar care se pot manifesta şi în procesul realizării altor specialităţi subsumate profesiei de medic. Fiind însă în interconexiune în cadrul unui ansamblu organic de funcţii, care are la bază definirea obiectivelor, ele reprezintă o particularitate specifică a specialităţii de organizator al ocrotirii sănătăţii.

În ceea ce priveşte a doua noţiune – cea de „manager" – ea indică specificul atitudinii pe care trebuie să o manifeste organizatorul faţă de personalitatea umană, indiferent de faptul dacă, prin postul ocupat, aceasta se află în relaţii de interdependenţă sau în relaţie de „subaltern – conducător" faţă de organizator. În aceste condiţii, poziţia de manager impune realizarea unei serii de principii, care îşi pun amprenta pe exercitarea funcţiilor menţionate, introducând schimbări în conţinutul activităţilor. De aceste principii ţin: stima faţă de om, democratismul şi umanismul în conducere, adoptarea hotărârilor ca proces colectiv, delegarea împuternicirilor, atitudinea individualizată faţă de colaboratori, stimularea personală, egalitatea în drepturi şi obligaţii a membrilor colectivului, perfecţionarea permanentă, autonomizarea conducerii, renovarea permanentă, creativitatea.

Revenind la managerul de mâine, trebuie să menţionăm că misiunea lui impune menţinerea întotdeauna în centrul atenţiei a personalităţii umane, fără de care progresele în orice domeniu de activitate nu sunt posibile. Pentru ca această teză să se realizeze în practică avem nevoie de o stimă adâncă faţă de om (medic sau

bolnav) şi nu mai puţină încredere în el. Managerul este, deci, un conducător, care îşi stimează subalternii şi care, totodată, înţelege că autoritatea lui depinde direct de stima colaboratorilor faţă de el şi nu faţă de postul ce-l ocupă. Dacă el este stimat, ordinele şi dispoziţiile cedează locul convingerii, iar controlul strict – încrederii. În acest caz are loc trecerea de la relaţii „şef-subaltern" la relaţii de colaborare, de cooperare a partenerilor, cointeresaţi în măsură egală în succesul cauzei căreia îi servesc.

Luând în considerare caracterul universal al noţiunii de management şi aplicarea principiilor sale în toate domeniile de activitate umană, este cazul să indicăm încă câteva cerinţe manageriale, care se realizează şi în domeniile nelegate cu medicina, dar care caracterizează atitudinea modernă faţă de omul care activează într-un domeniu sau altul:

- stilul democratic de comportare între membrii colectivului;
- atenţia deosebită faţă de pregătirea şi recalificarea cadrelor;
- crearea condiţiilor şi demonstrarea interesului faţă de inovaţii;
- ajutorul acordat pentru dezvoltarea personalităţii fiecărui colaborator;
- atenţia permanentă faţă de problema calităţii producţiei, cultul calităţii;
- stimularea permanentă a calităţii muncii;
- adoptarea colectivă a deciziilor;
- transmiterea împuternicirilor de la nivelurile superioare ale dirijării la cele inferioare, când „şeful" transmite obligaţii subalternilor săi;
- schimbarea structurii legăturilor verticale în colectiv pe seama reducerii lor şi lărgirii legăturilor orizontale între diferite persoane în procesul realizării unor anumite activităţi.

Referindu-ne la managerul din medicină şi comparând influenţa acestuia ca organizator al activităţii colectivului medical cu cele relatate despre management, în genere, constatăm că aceste poziţii manageriale nu numai că pot, dar şi trebuie să fie aplicate în medicină, unde materialul cu care se lucrează este omul – şi, deci, cere o atenţie deosebită.

În cazul dat, managerului sanitar îi revine sarcina de a-i orienta, organiza, îndruma şi motiva pe colaboratorii săi pentru o realizare optimă a posibilităţilor colectivului medical.

Dirijarea instituţiei medicale constituie astăzi o activitate complexă ce cuprinde o serie întreagă de subdomenii – procesul de tratament în ansamblu, activitatea educativă în colectiv, perfecţionarea pregătirii personalului medical şi administrativ, activitatea financiar-economică şi de gospodărire. Însă asigurarea funcţionării elementelor acestui ansamblu complex trebuie să fie construită pe baza principiilor noi de conducere a instituţiei medicale. În aceste condiţii rezolvarea problemei poate fi garantată numai prin aplicarea cerinţelor prevăzute de principiile şi funcţiile managementului în noile condiţii de activitate a medicilor.

Pentru a caracteriza mai amplu sistemul de dirijare managerială a activităţii medicilor într-o instituţie medicală, vom menţiona care au fost şi încă mai sunt astăzi defectele fundamentale ale dirijării tradiţionale a ocrotirii sănătăţii:

- vechea tradiţie: se întreprinde perfecţionarea procesului de tratament, fără a lua însă măsuri pentru o reconstruire radicală a procesului de conducere;
- lipsa orientării spre om: ca urmare instituţia medicală nu este în stare să dezvolte şi să se dezvolte;

- practica dirijării poartă un caracter pur funcţional (se îndeplinesc doar anumite funcţii), ceea ce intră în contradicţie cu obiectivele dezvoltării ocrotirii sănătăţii, are loc hiperbolizarea funcţiei controlului, ceea ce este incompatibil cu respectul faţă de om şi încrederea în el şi cu dezvoltarea spiritului creativ la medic;
- declaraţia, că dirijarea înseamnă a conduce oamenii, rămâne frază goală, un decor, în spatele căruia se ascunde un auditoriu primitiv;
- dirijarea funcţională se reduce la lucrul cu documentele, cu informaţia, la rezolvarea problemelor administrative gospodăreşti, cea mai importantă parte a „piramidei" de dirijare, anume problemele psihologice, rămânând ignorată;
- modelul existent de conducere a instituţiilor medicale nu-i încurajează pe conducătorii acestora la o perfecţionare permanentă a nivelului lor teoretic şi tehnologic.

1.4. CONCEPŢIILE ŞI PRINCIPIILE MANAGEMENTULUI

Teoria dirijării impune noi reguli ale jocului, idei noi, capabile să devină baza dezvoltării acestei teorii. Ea are nevoie de o concepţie nouă, care să indice calea spre o dirijare permisivă, şcoală psihologică, orientată spre om.

Punctul de plecare al noii concepţii manageriale este centrarea pe personalitatea omului, care trebuie să fie focarul conducerii, valoarea cea mai de preţ a sistematizării sănătăţii şi axarea conducerii instituţiei medicale pe dezvoltarea independenţei creative a individului, a iniţiativei personale, a spiritului său întreprinzător.

Concepţia se bazează pe aspectul social-psihologic comportamental al managementului contemporan şi pe două legităţi:

1. democratism;
2. caracterul umanistic al dirijării.

Această concepţie presupune asigurarea şi realizarea ***principiilor conducerii*** prin democratism şi umanism, elaborate pe bază de analiză ştiinţifică. Cerinţa este determinată de faptul că managerul are sarcina de a forma atitudinea personală a membrilor colectivului faţă de obiectivele generale ale instituţiei medicale, de a forma la colaboratori motive şi de a diagnostica acţiunile şi greşelile lor. Realizarea acestora este imposibilă fără a analiza personalitatea şi starea relaţiilor formale şi neformale în colectiv; la rândul său, păstrarea acestor relaţii necesită o analiză permanentă, operativă a situaţiei în colectiv.

1. Caracterul raţional al dirijării (primul principiu) cere ca scopurile activităţii să fie trasate exact şi în mod realist, în acest caz conducerea păstrează un caracter unitar, iar scopurilor li se supune structura şi conduita colectivului. La rândul său, detalierea scopului pentru fiecare executant sporeşte eficienţa activităţii de dirijare. A conduce în mod ştiinţific înseamnă a conduce pe bază de obiective clar formulate, în acelaşi timp, aparatul de dirijare trebuie să fie înarmat cu abilitatea de a realiza activităţi de conducere variate.

2. Principiul stimei şi încrederii. Este evident că în organizarea şi conducerea colectivului medical managerul trebuie să manifeste stimă şi încredere, pe care o acordă fiecărui membru al acestui colectiv.

Din acest principiu se pot formula câteva *recomandări* deosebit de utile pentru managerul începător:

❖ Construiţi relaţiile d-voastră cu medicii şi asistentele medicale nu ca de la o persoană oficială la un subaltern, ci ca „de la om la om".

❖ Nu mărginiţi cercul d-voastră de relaţii cu personalul medical numai la problemele de serviciu, pătrundeţi în esenţa vieţii lor spirituale, în necesităţile şi năzuinţele lor. Nu uitaţi, că viaţa colaboratorilor nu se reduce numai la orele petrecute la serviciu, ea este mult mai largă şi bogată.

❖ Faceţi tot posibilul ca timpul petrecut în instituţiile medicale să fie pentru personal luminos şi îmbucurător.

❖ De d-voastră depinde crearea în policlinică sau spital a atmosferei, în care să se descopere nu numai aspectele de serviciu ale colaboratorilor, dar şi celelalte, poate invizibile pentru străini, dar valoroase pentru colectiv.

❖ Acceptaţi iniţiativele medicilor nu numai în condiţii oficiale, dar şi atunci când se poate comunica în afara serviciului, „de la suflet la suflet", d-voastră aveţi nevoie nu de subalterni, ci de colaboratori.

❖ Aplicaţi cu grijă iniţiativele adjuncţilor d-voastră şi cereţi de la ei aceeaşi atitudine faţă de medici.

❖ Relaţiile cu colectivul trebuie să se bazeze pe: iniţiativă, activitate, omenie, disciplină şi conştiinţă.

❖ La baza colaborării mai întâi de toate trebuie să stea atenţia, analiza, diagnoza şi apoi adoptarea deciziei.

❖ O cerinţă cotidiană pentru manager este unirea individualităţilor între ele într-un colectiv de muncă.

❖ Aveţi o atitudine atentă şi delicată faţă de oameni; lupta între administraţia instituţiei medicale şi medici este inadmisibilă, deoarece, în cele din urmă, cei care vor suferi vor fi bolnavii.

❖ Presiunea permanentă „de sus" nu poate asigura dezvoltarea instituţiei medicale. Singura cale este crearea condiţiilor şi posibilităţilor pentru înflorirea iniţiativei, creativităţii şi capacităţilor personale ale medicilor.

❖ Crearea atmosferei de colaborare colectivă reprezintă esenţa lucrului administrativ.

3. ***Principiul dreptăţii sociale*** constituie baza dirijării. El cere ca fiecare medic să fie şi să se simtă într-o situaţie egală cu ceilalţi colaboratori, iar interacţiunea lui cu administraţia spitalului să se sprijine pe înţelegerea omului, ca scop şi nu ca mijloc al dirijării. În procesul conducerii, poziţia conducătorului se apreciază pe baza rezultatelor muncii sale.

Sentimentul nedreptăţii apare atunci când raportul dintre aportul medicului şi rezultatele sale este apreciat incorect în comparaţie cu acelaşi raport la alte persoane participante la activitate, ceea ce generează conflicte.

4. Principiul atitudinii individualizate în conducere presupune aprecierea particularităţilor individuale ale medicilor, nivelului pregătirii lor profesionale, intereselor şi experienţei lor vitale. Aceasta permite ca dirijarea să fie concretă, să ţină cont de stilul, conduita şi caracterul fiecărui medic. În acest caz managerul este capabil să aprecieze limita posibilităţilor fiecăruia şi să nu ceară imposibilul. Aceasta îi va permite să-l aducă pe fiecare la succes.

5. Principiile îmbogățirii și diversificării activității medicului. Dacă medicul nu munceşte creativ, se naşte un fenomen foarte periculos – „reacția la monotonie", care face ca munca să devină obositoare, neactivă. În acest caz apare necesitatea, ca managerul să caute să varieze munca medicului, să trezească interesul profesional, să insufle încredere profesională.

6. Principiile stimulării individuale. Spectrul stimulării este destul de larg: încurajarea morală, materială, psihologică, directă şi indirectă.

Câteva recomandări:

- stimulările, mai ales cele materiale şi morale, trebuie să fie echitabile, altfel pot trezi discordii;
- fiecare manager trebuie să dispună de un sistem de stimulare, care nu trebuie să se reducă la premii şi diplome. Politețea, zâmbetul, respectul față de om, crearea condițiilor pentru muncă, satisfacția reciprocă reprezintă nişte stimulenți puternici, uneori mai importanți decât distincțiile;
- stimulenții reprezintă un instrument eficient pentru crearea în colectiv a unei atmosfere încurajatoare, colegiale, a unui climat sănătos.

7. Principiul condițiilor unice. Toți colaboratorii instituției medicale, indiferent de post, trebuie să se afle în condiții democratice identice, iar relațiile dintre ei să poarte caracter de colaborare.

8. Principiul perfecționării continue. O asemenea perfecționare este direct proporțională cu succesele instituției medicale şi ea trebuie să fie în centrul atenției managerului în activitatea lui cu personalul medical. El trebuie să aibă în vedere că perfecționarea nu se reduce la participarea la cursuri, ci se realizează, în primul rând, în spital la întruniri, conferințe matinale, patomorfologice, conferințe ştiințifico-practice, vizitele pacienților etc.

9. Principiul consensului în condițiile democratice, varietatea de poziții şi păreri independente este un fenomen natural, iar neconcordanța de opinii este forța motrice a dezvoltării. În aceste condiții, o sarcină destul de importantă pentru manager devine aducerea colectivului la consens şi a fiecărei personalități – de la confruntare la colaborare. Numai în acest caz apare în colectiv climatul favorabil.

10. Principiul adoptării în comun a deciziilor reprezintă un mijloc de democratizare a dirijării. Cerințele ce decurg din acest principiu:

- deciziile colective trebuie să privească probleme strategice şi importante;
- participanții la decizie trebuie să capete informația necesară din timp;
- cei care participă la adoptarea deciziei să o susțină activ;
- până la discutarea deciziei managerul trebuie să aprecieze repartizarea pozițiilor dintre membrii colectivului;
- trebuie să se ia în considerare că aproape întotdeauna există şi o minoritate care nu acceptă decizia şi asupra căreia va urma să se concentreze atenția pe viitor.

11. Principiul participării medicilor la conducere şi la delegarea împuternicirilor. Este una din bazele democratizării vieții în ocrotirea sănătății şi dirijării ei. Realizarea acestui principiu trezeşte la medici sentimentul stăpânului spitalului şi simțul responsabilității pentru tot ce are loc în el.

12. Principiul armonizării obiectivelor. Acest principiu presupune realizarea în practică a unei teze populare în economie „Intrând în serviciu nu aderați numai la firmă, dar şi la scopurile ce stau în fața ei".

13. Principiul legăturilor orizontale. Asemenea legături stimulează autocontrolul şi autoperfecţionarea. Ele se bazează pe relaţiile de stimă reciprocă, prietenie între colegi, dar se cere să fie influenţate de manager, altfel în unele situaţii pot da naştere la o opoziţie faţă de conducerea spitalului. Sistemul de legături orizontale este opus într-o anumită măsură legăturilor verticale, dar nu trebuie să le opună rezistenţă.

14. Principiul autonomizării conducerii este deosebit de important, mai ales în instituţiile mari. El uşurează democratizarea dirijării, descentralizarea controlului intern. Pentru a asigura realizarea lui, în fruntea sectoarelor autonome trebuie să fie puşi medici cu înaltă calificare, care vor fi plătiţi, pregătiţi special pentru aceste funcţii şi în măsura posibilităţilor, aleşi şi aprobaţi de colectiv.

15. Principiul reînnoirii permanente. Acesta cere ca o instituţie adevărată să fie într-o necontenită dezvoltare: să se perfecţioneze în continuu procesul de tratament, să se implementeze noi tehnologii de profilaxie, diagnosticare şi tratament, să se adopte noi structuri organizaţionale şi psihologice, care ar asigura realizarea reînnoirii permanente.

Conţinutul procesului conducerii este determinat de următoarea definiţie (V.A.Trapeznicov, A.I. Berg): „Conducerea este procesul de influenţă asupra sistemului cu scopul trecerii lui într-o stare nouă conform obiectivelor propuse, sarcinilor de bază ale acestui sistem şi legilor obiective".

Analizând definiţia procesului de conducere, rezumăm, că pentru dirijarea eficientă a acestui proces un accent deosebit trebuie pus pe stabilirea şi realizarea ulterioară a scopurilor, ceea ce necesită un profesionalism înalt al conducătorilor.

1.5. FACTORII DETERMINANŢI AI MANAGEMENTULUI

Activitatea de dirijare este influenţată de un şir de factori.

Factorii ce facilitează activitatea de dirijare:

1. Concordanţa elementelor sistemului de dirijare în întregime şi a elementelor lui structural-funcţionale.
2. Identitatea organizării subsistemelor interdependente.
3. Stabilirea fixă a legăturilor „cauză – efect" dintre elementele componente ale sistemului.
4. Prezenţa parametrilor de dirijare – stabilirea unor scopuri şi sarcini concrete, trasarea direcţiei muncii.
5. Mobilitatea sistemului – capacitatea sistemului de a suporta schimbări esenţiale la acţiuni neînsemnate, de a se adapta la schimbarea situaţiei, folosindu-şi spiritul creator spre a-şi atinge scopurile propuse.
6. Abilitatea şi pregătirea cadrelor pentru căutarea noilor probleme şi sarcini, precum şi pentru rezolvarea lor.
7. O bază tehnico-materială adecvată.
8. Calitatea înaltă a asigurării cu informaţie – colectarea, analiza şi lansarea informaţiei la timp cu folosirea a 3 canale: ştiinţific, directiv-departamental şi de experienţă personală.
9. Direcţia ştiinţifică de dirijare.

10. Aprofundarea procesului de divizare a sistemului de dirijare în direcţii, adică folosirea pe larg a principiului de delegare a împuternicirilor, drepturilor şi obligaţiunilor.
11. O independenţă funcţională mai vastă a conducătorilor şi specialiştilor în mecanismul de dirijare.
12. Fundamentarea ştiinţifică a statutului organelor de dirijare.

Factorii ce complică dirijarea în sistemul ocrotirii sănătăţii:

1. Creşterea potenţialului de asigurare tehnică a instituţiilor medicale.
2. Creşterea fondului de paturi şi cadre.
3. Necesitatea de perfecţionare permanentă a măiestriei profesionale.
4. Transformările continue în situaţia demografică şi în structura morbidităţii.
5. Necesitatea cunoaşterii unui complex vast de discipline (economie, psihologie, medicină socială, dreptul etc.).
6. Necesitatea cunoaşterii tehnologiei procesului de dirijare şi a metodei de abordare sistemică a acesteia; necesitatea atitudinii complexe în lucrul cu cadrele şi dirijarea raţională a lor.
7. Procesul progresiv de specializare şi diferenţiere a cunoştinţelor şi sarcinilor medicale;

Calitatea şi eficienţa procesului de conducere se găseşte în dependenţă directă de 3 factori:

1. Profesionalismul şi competenţa persoanelor de conducere.
2. Primirea la timp a informaţiei calitative şi eficiente.
3. Cunoaşterea de către membrii conducerii a tehnologiei procesului de conducere în genere şi pentru fiecare fază a ciclului de conducere în parte.

Procesul de conducere a unei instituţii medicale necesită instalarea regulilor generale de colectare şi păstrare a informaţiei, şi anume după obiectele de conducere. În acest caz, în corespundere cu ştiinţa de conducere, informaţia trebuie să cuprindă 3 aspecte:

1. Directiv (legile, ordinele, hotărârile şi alte documente de regulament al organelor administrative).
2. Ştiinţific (referitor la problema dată).
3. Informaţia despre sistem şi obiectul de conducere, acumulată din surse proprii.

În conducerea efectivă a oricărui nivel un rol deosebit joacă informaţia despre pacea „externă" referitor la sistemul dat. Pentru sistemul sănătăţii aceasta, în primul rând, este informaţia despre sănătatea populaţiei, apreciată după toţi parametrii, şi despre factorii concreţi, ce acţionează pozitiv sau negativ asupra ei. Astfel, e bine cunoscut faptul că scopul principal şi final al activităţii sistemului de sănătate este ridicarea calităţii asistenţei medicale şi ameliorarea indicilor prin care se caracterizează sănătatea populaţiei.

1.6. AUTORITATEA ŞI RESPONSABILITATEA

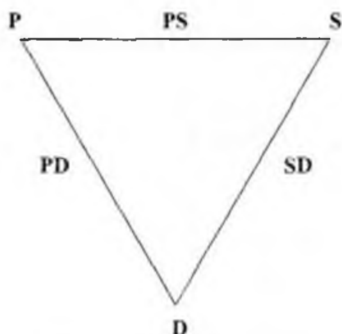


Figura 15. **Autoritatea – o relaţie cu trei termeni**

Conceptual, *autoritatea* este o relaţie cu trei termeni, care se instituie între un purtător (P) şi un subiect (S) în cadrul unui domeniu (D) anumit (*figura 15*).

Relaţia PS este o relaţie tranzitivă, altfel spus, dacă A este o autoritate pentru B în domeniul X, iar B este o autoritate pentru C în acelaşi domeniu, atunci A este o autoritate şi pentru C în domeniul X. Dar dacă A este o autoritate pentru B în domeniul X, iar B este o autoritate pentru C în domeniul Y, atunci nu se poate face nici o inferenţă precum că A este o autoritate pentru C în Y; o asemenea inferenţă realizată se numeşte „abuz de domeniu" al autorităţii.

Autoritatea implică un proces de comunicare al unui mesaj de la P la S şi apoi acceptarea semnificaţiei mesajului transmis, pe tot acest parcurs putând apărea distorsiuni legate de comunicare, fie la nivelul P (emiţătorul), fie la nivelul S, care este receptorul; aceste distorsiuni pot avea multiple cauze şi forme, fiind descrise mai amănunţit în secţiunea legată de procesul comunicării. Din descrierea conceptuală se pot face două inferenţe majore:

a. nu există persoană, care să nu fie o autoritate măcar într-un domeniu;
b. nu există persoană, care să fie autoritate în toate domeniile.

O definiţie funcţională a autorităţii ar fi: capacitatea de a modifica atitudinea sau comportamentul altor persoane. Există o literatură bogată referitoare la relaţia dintre autoritate şi putere, cu diverse abordări ale subiectului (de exemplu, autoritatea – putere legitim constituită), însă, pentru a schematiza expunerea de faţă, le vom considera cvasiechivalente.

Surse ale autorităţii.

1. Nivelurile superioare ale sistemului.
2. Controlul asupra unor resurse critice.
3. Charisma.

1. În cazul *nivelurilor superioare* ale sistemului, autoritatea se naşte la un nivel înalt al sistemului şi este apoi transmisă spre nivelurile subdiacente; în acest context, „cel mai înalt nivel al sistemului" ar putea fi divinitatea, constituţia, şeful statului sau voinţa colectivă a poporului.

2. Pentru a fi o sursă de autoritate, resursele trebuie să aibă trei caracteristici:

a) să fie esenţiale pentru funcţionarea organizaţiei;
b) să fie în cantităţi reduse sau concentrate în posesiunea unui număr restrâns de indivizi;
c) să fie nesubstituibile.

Aceste trei atribute fac, ca o resursă să fie critică şi creează dependenţa organizaţiei faţă de acei indivizi sau grupuri, care controlează respectivele resurse. Derivat din această categorie este şi controlul asupra unor resurse speciale, anume, cunoştinţele şi abilităţile persoanelor deosebite, ceea ce constituie anticipând puţin

prezentarea, sursa principală a autorităţii personalului medical, mai ales a medicilor. Aceştia sunt percepuţi (şi pretind) a avea controlul asupra unor resurse deosebite: acelea de a relua/îmbunătăţi viaţa semenilor!

3. Charisma reprezintă capacitatea de a inspira altor indivizi dorinţa de a se identifica (sau imita) cu deţinătorul acestei calităţi. Această sursă de autoritate este dependentă de o multitudine de factori subiectivi, precum prestigiul sau admiraţia atribuite de alţii individului sau grupului charismatic (acestea fiind influenţate de variabile precum normele şi valorile societăţii). Din acest motiv, sursă de autoritate dată este cel mai greu de definit şi cuantificat, dar cu toate acestea joacă un rol important în relaţiile sociale (de la alegerea preşedintelui la urmarea indicaţiilor superiorului ierarhic, charisma poate fi factorul decisiv, deşi, după cum vedem, subiectiv!).

Discuţia despre bazele conceptuale ale autorităţii, ca şi despre distincţia dintre tipurile de surse ale autorităţii, este importantă nu doar din punct de vedere teoretic, ci şi în termeni practici: managerii eficienţi sunt cei care ştiu să contrabalanseze sursele autorităţii (să-şi extragă autoritatea din mai multe surse) şi, în acelaşi timp, să nu încerce să îşi exercite autoritatea în arii, în care nu sunt competenţi (adică să nu realizeze „abuzul de domeniu" descris anterior). De asemenea, managerii de succes trebuie să ştie să utilizeze sursele de autoritate în concordanţă cu subiecţii ce urmează a fi influenţaţi şi cu obiectivele preconizate.

Tipuri de autoritate în management.

În general, în literatura de specialitate sunt descrise trei tipuri de autoritate:

1. ierarhică („line" sau deontică);
2. a expertului („staff" sau epistemică) sau a cunoştinţelor;
3. funcţională.

– ***Autoritatea ierarhică („line")*** derivă din principiul scalar (unul din principiile fundamentale ale managementului), conform căruia un superior exercită controlul direct asupra subordonatului său. Este vorba de o relaţie de autoritate directă, „liniară" sau pas-cu-pas. Managerul prin excelenţă trebuie să facă apel la acest tip de autoritate, ştiut fiind că într-o organizaţie eficientă trebuie să existe o singură linie de subordonare directă.

– ***Autoritatea expertului*** aparţine acelor indivizi sau grupuri dintr-o organizaţie a căror principală funcţie e de a furniza sfaturi, sugestii sau recomandări celor cu autoritate ierarhică. Acest gen de autoritate caracterizează relaţiile, în care purtătorul autorităţii poate consilia, dar nu poate lua decizii obligatorii pentru personal.

– ***Autoritatea funcţională*** se referă la autoritatea, pe care un individ sau un departament a primit-o relativ la o anumită problemă legată de activităţi desfăşurate de personalul din alte departamente. În acest caz nu se mai aplică principiul de comandă, managerii direcţi fiind privaţi de autoritatea lor pe un domeniu limitat, această autoritate fiind delegată altor persoane de către superiori.

Deţinătorii autorităţii expertizei („staff") trebuie să adere la ierarhie, la linia autorităţii ierarhice.

Autoritatea ierarhică şi epistemică („staff") se caracterizează după tipul de relaţii, pe care deţinătorii le au în organizaţie, şi nu după ceea ce fac; nu pot exista departamente cu autoritate epistemică pură, fără o relaţie de autoritate ierarhică, atât în cadrul lor, cât şi faţă de restul organizaţiei.

Uneori se afirmă că cei care au autoritate ierarhică trebuie să acționeze, iar cei cu autoritate epistemică („staff") trebuie să gândească pentru a-i sfătui pe primii; ca atare, se pledează pentru o descriere managerială între autoritatea poziției (ierarhică) și cea a ideilor („staff").

Trebuie amintit, însă, că managerii nu-și pot împărți responsabilitatea, nu pot delega o parte a muncii lor și să mențină doar alta (adică ei să acționeze, iar de gândit să o facă alții – consilierii). Deci, atunci când autoritatea ideilor aparține unei persoane, e dificil ca autoritatea de a comanda (în același domeniu) să fie deținută de altcineva.

Distincția este însă necesară pentru ca subordonații să știe în ce calitate acționează. Cei cu funcții „staff" trebuie să consilieze, iar superiorii lor să ia decizii pe lanțul scalar. Puterea de decizie trebuie să stea doar la cei cu autoritate ierarhică; neînțelegerea acestui lucru duce la multe fricțiuni și impasuri în funcționarea organizațiilor.

Se afirmă uneori că autoritatea epistemică („staff") este mai necesară în planificare și control; cum am menționat, însă, nu trebuie să existe departamente cu autoritate „staff" pură, ci doar persoane cu asemenea funcții în cadrul departamentelor, care să se supună, însă, relațiilor ierarhice.

Referitor la autoritatea funcțională, este important să prezentăm succint etapele recomandate pentru dezvoltarea autorității funcționale, tocmai datorită faptului că duce la diminuarea importanței unuia dintre principiile managementului.

Ca primă etapă, managerul poate permite unei persoane cu autoritate epistemică să transmită informațiile și propunerile direct către subordonații săi, fără să mai treacă pe la el (exemplu, informații despre calitatea actului medical în diferite secții). O a doua etapă poate consta în a permite experților să se consulte cu managerii și să le arate cum poate fi operaționalizată informația (să-i instruiască, deci); în acest caz, este necesar acordul prealabil al managerilor respectivi.

Autoritatea funcțională deplină este atunci când unei persoane i se deleagă autoritatea de a prescrie anumite metode sau politici de urmat, într-un compartiment, în care nu el este șeful ierarhic (managerul). Un exemplu frecvent: un contabil poate prescrie tuturor departamentelor unei organizații tipurile de evidențe obligatorii.

Autoritatea funcțională este limitată, de obicei, la zona lui „cum", uneori „când", foarte rar „unde", „ce" sau „cine". Aceasta, pentru că funcționalizarea autorității dusă la extrem contribuie la distrugerea rolului managerului, adică la pierderea capacității de a planifica, organiza, încadra personal, conduce și controla. Din aceste motive, autoritatea funcțională trebuie folosită cât mai parcimonios. Se recomandă, ca atunci când nu este sigur cine să aibă conducerea să se renunțe la autoritatea funcțională în favoarea celei ierarhice.

Pentru a menține unitatea de comandă, se mai recomandă, ca autoritatea funcțională să nu se manifeste sub primul nivel al superiorului, să nu se dea instrucțiuni la bază, ocolind șeful ierarhic și scăzându-i astfel dramatic prestigiul și implicit autoritatea ierarhică; în plus, natura sarcinii, pentru care există autoritate funcțională, trebuie să fie foarte clar definită, altfel putându-se ajunge la blocaj funcțional.

Toate acțiunile manageriale implică atât elemente de autoritate ierarhică, cât și epistemică, trebuind însă înțeles faptul când cineva acționează ca autoritate funcțională și când ca autoritate epistemică. Se sugerează deseori și faptul că nu este

bine să existe prea mulți experți într-o organizație: ei propun doar planuri, pe care alții trebuie să le aplice, ceea ce poate duce la difuziunea răspunderii și, în final, la eșec. În plus, supoziția că expertul gândește „mai bine" decât managerul este deseori primejdioasă, fiindcă această „gândire" poate fi ruptă de realitate; mai mult, managerul trebuie să aibă capacitatea de a judeca singur informațiile furnizate de experți.

Trebuie subliniat, că expertul (autoritate epistemică) trebuie să rezolve probleme, nu să creeze altele noi, recomandările lui trebuie să fie suficient de complete și de clare, încât să facă posibil un răspuns simplu (da/nu) din partea superiorului ierarhic, fără necesitatea unei activități suplimentare de reanalizare.

În final, vom menționa că cei cu autoritate epistemică nu trebuie să-și aroge meritul unei acțiuni bazate pe sfatul lor, nu doar pentru a reduce fricțiunile, ci și pentru că managerii care le-au acceptat sfaturile poartă întreaga responsabilitate pentru succesul sau insuccesul demersului.

Delegarea autorității.

Delegarea este arta/știința de a transfera o parte din autoritatea proprie subordonaților, astfel încât aceștia să fie responsabili în fața ta, deși responsabilitatea generală pentru atingerea obiectivului propus îți revine în întregime (ca manager). Scopul primar este deci atingerea unui obiectiv anume, aceasta fiind și prima etapă a procesului; al doilea pas constă în a decide cui se deleagă autoritatea; al treilea: alocarea resurselor necesare atingerii obiectivelor și patru: contactul cu subordonatul.

Delegarea autorității se face ținând cont de următoarele principii:

1. ***principiul delegării după rezultatele așteptate*** – autoritatea delegată trebuie să permită realizarea obiectivului propus;

2. ***principiul definiției funcționale,*** care implică definirea:

– a ceea ce se cere de la fiecare individ/departament ca rezultate și activități;
– relațiile cu alte departamente;
– relațiile cu alte posturi/poziții (se referă la fișa postului).

3. ***principiul scalar*** – se referă la lanțul autorității directe în toată organizația: trebuie definit clar cine ce autoritate are, astfel ca personalul să știe de cine să asculte și la cine să se adreseze pentru probleme ce le depășesc autoritatea. Cu cât linia autorității e mai clară, cu atât este mai eficientă luarea deciziilor și comunicarea în organizație;

4. ***principiul autorității de nivel*** – managerii de la fiecare nivel al organizației trebuie să ia deciziile, la care au dreptul conform autorității delegate și doar în problemele ce le depășesc această autoritate să se adreseze superiorilor ierarhici, evitându-se astfel „delegarea inversă" sau „de jos în sus". Problemele se reîntorc pentru soluționare la superiorii ierarhici, aceștia trebuind astfel să ia decizii în locul subordonaților;

5. ***principiul unității de comandă*** – o persoană trebuie să raporteze unui singur superior (cu excepțiile discutate anterior), scăzând astfel riscul conflictelor și al ambiguităților instrucțiunilor și crescând responsabilitatea pentru realizarea obiectivelor propuse;

6. ***principiul responsabilității absolute*** – nici un superior ierarhic nu poate scăpa, prin delegare, de responsabilitățile funcției sale. În același timp, responsabi-

litatea subordonaților în fața superiorilor ierarhici e absolută, o dată ce au acceptat o sarcină şi au primit mijloacele şi resursele de a o duce la îndeplinire;

7. ***principiul parității responsabilității și autorității*** – atâta vreme cât autoritatea dă dreptul de a realiza anumite sarcini, iar responsabilitatea este obligația de a le îndeplini corect, rezultă că autoritatea trebuie să corespundă responsabilității. Responsabilitatea pentru anumite activități nu poate fi mai mare decât cea corespunzătoare autorității delegate şi nici nu trebuie să fie mai mică. Se evită astfel situația în care managerii trag la răspundere subalternii pentru neîndeplinirea unor sarcini, pentru care aceştia nu au avut autoritatea necesară; se evită şi cazul contrar, în care este delegată suficientă autoritate, dar cel ce o deține nu este controlat pentru utilizarea ei eficientă, ambele ipoteze ducând la un management neperformant.

Variabile ce influențează gradul de delegare a autorității:

1. *similaritatea funcțiilor:* se referă la gradul, în care funcțiile îndeplinite de personalul subordonat aceluiaşi manager sunt la fel sau diferite, autoritatea delegată variind în funcție de aceste extreme;
2. *contiguitatea geografică:* ține cont de localizarea spațială a personalului ce raportează aceluiaşi superior;
3. *complexitatea funcțiilor:* ia în considerare natura (dificultatea) funcțiilor îndeplinite de personalul sau departamentele ce raportează managerilor;
4. *conducerea și controlul:* ia în calcul gradul de pregătire a personalului şi gradul de supraveghere necesar;
5. *coordonarea:* se referă la timpul necesar pentru a menține legătura cu alte departamente/compartimente;
6. *planificarea:* reflectă importanța şi complexitatea obiectivelor departamentului şi implicit timpul necesar managerului pentru planificarea activității unității sale.

Ținând cont de toate aceste variabile, se poate aproxima gradul de delegare a autorității în diferite organizații şi numărul de manageri necesari pentru organizație. De remarcat sintagma „aproxima", deoarece delegarea implică şi o latură, care a făcut pe mulți cercetători să vorbească despre o ***„artă a delegării"***.

Arta delegării implică:

- receptivitatea managerului: să accepte ideile altora, chiar dacă nu consonează cu ale sale;
- dorința managerului de a împărți autoritatea: să nu-şi oprească pentru sine decât ce e cel mai avantajos pentru organizație, restul să-l delege, chiar dacă l-ar putea realiza şi singur;
- capacitatea managerului de a accepta greşelile subalternilor, având în vedere că fără aceasta nu poate exista delegare;
- încrederea în subordonați: este riscantă, dar este temelia unei delegări eficiente (pentru reducerea riscurilor trebuie cântărite calitățile persoanelor alese în raport cu obiectivul dorit);
- utilizarea unor controale globale, centrate pe obiective, şi nu pe activități, care să fie eficiente şi pentru cei cărora li s-a delegat autoritatea.

Pentru prevenirea unei delegări ineficiente a autorității este important de reținut:

- delegarea unei autorități suficiente pentru atingerea rezultatelor dorite;

- selecţionarea persoanelor în funcţie de natura sarcinilor ce trebuie realizate şi „antrenarea" acestora, având în vedere că pregătirea influenţează gradul de autoritate delegată, care să permită menţinerea unor linii de comunicaţie deschise, contactul, ori de câte ori este necesar, cu subalternii;
- realizarea unor sisteme şi metode de control adecvate, care să menţină un echilibru între un control rigid şi „scăparea totală a controlului";
- recompensarea autorităţii asumate în mod eficient, exemplele pozitive fiind, de obicei, un stimul puternic nu doar pentru cel care este apreciat, ci şi pentru restul organizaţiei.

În final, să sintetizăm impactul unor aspecte legate de autoritate la nivelul organizaţiilor socio-medicale, sub forma unui ghid practic pentru managerii din acest domeniu:

1. În majoritatea unităţilor sanitare, autoritatea derivă din multiple surse: ierarhice, controlul asupra unor resurse critice, expertiza şi charisma. Managerii care doresc să fie eficienţi într-un asemenea mediu trebuie să fie în stare să diferenţieze diverse surse ale autorităţii, să fie atenţi faţă de bazele propriei autorităţi şi să aibă grijă să acţioneze conform aşteptărilor celorlalţi membri ai organizaţiei. Trebuie evitat „abuzul de domeniu" şi asumarea de responsabilităţi manageriale în virtutea autorităţii epistemice în domeniul clinic, fără dublarea acestora de competenţe specifice managementului.
2. Managerii sanitari trebuie să înţeleagă costurile, riscurile şi beneficiile asociate utilizării fiecărui tip de autoritate şi să poată aprecia pe care anume să o folosească în funcţie de situaţie şi oameni.
3. Autoritatea în organizaţiile socio-medicale ar trebui considerată mai degrabă ca o resursă limitată, şi nu ca una inepuizabilă. De aceea, managerii ar trebui să-şi direcţioneze eforturile către problemele prioritare sau către acţiunile ce pot avea cele mai mari beneficii, fiind gata să cedeze din autoritate în alte domenii neprioritare.
4. Natura complexă a organizaţiilor din domeniul social conduce, de obicei, la multiple centre de autoritate. Deseori, managerii pot influenţa viaţa organizaţiei nu prin autoritatea ierarhică, ci prin stabilirea unor relaţii personale cu ceilalţi deţinători de autoritate şi prin angajarea în diferite „jocuri" de influenţare a autorităţii.
5. Dualitatea autorităţii şi multiplele obiective ale organizaţiilor sociale pot duce la conflicte între indivizi şi/sau grupuri. În aceste condiţii, managerii cu cunoştinţe şi calităţi în domeniul negocierii pot să-şi sporească autoritatea.
6. O altă modalitate de a spori autoritatea managerială este de a integra activităţile clinice cu cele manageriale; o modalitate utilizată este încurajarea personalului socio-medical de a dezvolta sisteme de monitorizare şi evaluare a propriilor performanţe.
7. Organizaţiile socio-medicale sunt caracterizate prin multiple niveluri funcţionale; în asemenea condiţii, atenţia trebuie concentrată pe dezvoltarea unor mecanisme formale de coordonare şi comunicare între toate aceste paliere (medical, nursing, administraţie etc.).
8. În ultima vreme, presiunile derivate din necesitatea controlului costurilor, oferta crescută a forţei de muncă calificate (număr crescut de medici, în special), ca şi anumite opţiuni ideologice de orientare către mecanismele pieţei, au făcut ca poziţia

managerilor să se întărească față de cea a personalului medical în multe țări și au oferit o mai mare posibilitate managerilor de a influența comportamentul individual al medicilor. Această posibilitate ar trebui utilizată în continuare de profesioniștii din domeniul managerial, atât prin dezvoltarea unor aptitudini noi, cât și prin încurajarea implicării personalului medical în funcții manageriale, chiar cu normă întreagă, încercându-se astfel delimitarea mai clară a domeniului managerial de celelalte domenii de activitate.

1.7. TIPURI ȘI MECANISME DE LUARE A DECIZIEI. TEORIA DECIZIEI

Teoria deciziei se ocupă de procesul luării deciziilor, mai ales în condiții de incertitudine, când este necesar a se evalua un număr de alternative de acțiune, înainte de a se lua decizia finală.

Teoria deciziei analizează tipurile de decizie, definește reguli de bază ale procesului și dezvoltă metode de luare a deciziei folosind diferite modele și proceduri.

Pentru rezolvarea unei probleme, trebuie parcurse mai multe etape:

1. sesizarea problemei;
2. clarificarea și analizarea problemei;
3. definirea obiectivelor, identificarea constrângerilor și determinarea criteriilor;
4. generarea de soluții alternative;
5. evaluarea soluțiilor;
6. selectarea soluției celei mai bune;
7. planificarea acțiunii;
8. comunicarea deciziei și motivarea ei;
9. acțiune;
10. monitorizare, control, revizuire – toate presupun existența informației.

Tipuri de decizie. Deciziile pot fi clasificate în funcție de:

1. scopul lor;
2. structura lor;
3. complexitatea lor;
4. gradul de dependență și influența asupra altor decizii;
5. gradul de incertitudine existent;
6. circumstanțele în care se ia decizia;
7. timpul disponibil.

Aceste caracteristici pot fi regăsite într-un proces de luare a deciziei.

Scopul deciziei. După scop, deciziile pot fi:

- *strategice* – pe termen lung, iau în considerare probleme generale, care afectează părți importante din organizație sau întreaga organizație;
- *tactice* – pe termen mai scurt, se referă la probleme operaționale, care deși pot afecta întreaga organizație, vor avea un impact mai important asupra unei anumite funcții sau unui anumit departament al organizației.

Structură. După structură, deciziile pot fi:

- *structurate și neambigue* – sunt decizii bine definite, opțiunile sunt clare și explicite, există criterii de evaluare;

- *nestructurate și ambigue* – circumstanțele în care se ia decizia sunt neclare, motivele luării deciziei sunt prost definite, opțiunile existente sunt neclare, iar criteriile de evaluare a rezultatelor deciziei nu se află la îndemână.

Complexitate. Deciziile pot fi mai mult sau mai puțin complexe în funcție de numărul de factori, care le afectează. Aceşti factori pot fi:

- *interni* – procese şi tehnologii complexe, multe produse sau o rețea de distribuție complicată;
- *externi sau de mediu* – piață foarte segmentată, schimbări rapide în tehnologie, complicații politice, sociale şi economice.

Grad de dependență şi influență. Deciziile pot fi mai mult sau mai puțin dependente de alte decizii – trecute, prezente sau viitoare – şi pot, la rândul lor, influența alte decizii. Toate acestea trebuie luate în considerare şi pot creşte complexitatea procesului de luare a deciziei.

Incertitudine. Deciziile pot fi luate în condiții de certitudine, când toate datele relevante sunt cunoscute şi toate consecințele probabile pot fi prevăzute. Deciziile pot fi luate însă şi în condiții de incertitudine, fie din cauză că nu toate datele sunt cunoscute sau deoarece rezultatele pot fi afectate de consecințele greu de prevăzut ale comportamentului uman.

Atunci când incertitudinile sunt inerente sistemului, se poate folosi ceea ce se cheamă un proces de modelare conjuncturală sau „pe ghicite".

Circumstanțele în care se iau deciziile. Deciziile pot fi:

- *decizii de oportunitate* – pentru a exploata o şansă de a crea un nou produs/serviciu sau de a intra pe o piață nouă;
- *decizii de problemă* – pentru a face față unei probleme imediate, dar nu critice; pot fi proactive, în sensul că anticipează o dificultate, sau reactive, în sensul că încearcă să facă față unei probleme apărute;
- *decizii de criză* – ce privesc probleme majore de management, de obicei, impuse din afara organizației.

Scale de timp. Deciziile trebuie luate în condiții de urgență mai mare sau mai mică, în funcție de circumstanțe.

Reguli de bază în luarea deciziei.

Există patru reguli de bază de luare a deciziei:

1. ***Optimistă.*** Alege opțiunea, care poate da rezultatele cele mai bune (regula maximax).
2. ***Pesimistă.*** Alege opțiunea cu cea mai mare valoare a rezultatului cel mai puțin posibil (regula maximin sau maximax cost).
3. ***Costul de oportunitate.*** Ce oportunități pierdem, dacă alegem un curs de acțiune şi nu altul? Aici trebuie luată în discuție „regula regret". Dacă decidem asupra unei opțiuni, când vom privi înapoi, cât de mult vom regreta că nu am decis asupra celei mai bune opțiuni, date fiind circumstanțele apărute?
4. ***Valoarea aşteptată.*** Alege opțiunea în concordanță cu probabilitatea estimată de apariție a unei anumite situații.

Tehnici de luare a deciziei

Există mai multe tehnici folosite în luarea deciziei: *matricea decizională, arborele decizional, algoritmul deciziei, modelarea, simularea etc.*

Vom detalia aici doar ***arborele decizional.***

Deciziile trebuie adesea luate în condițiile existenței unui număr de alternative de acțiune ale căror rezultate sunt incerte. De asemenea, anumite acțiuni pot afecta alte acțiuni, care urmează, şi aceste efecte posibile trebuie luate în considerare încă de la început.

Arborii decizionali sunt o modalitate de a evidenția probleme de acest gen, caracterizate de interacțiunea dintre incertitudine şi decizii de tipul „ori/ori".

Ei reprezintă anatomia unor puncte de decizie secvențială, ale cărei implicații pot fi găsite la nivelul ramurilor arborelui. Astfel, consecințele deciziilor viitoare pot fi urmărite în sens retrograd, pentru a evalua influența lor asupra deciziei prezente.

Stadiile construirii unui arbore decizional sunt:

1. listarea deciziilor şi a incertitudinilor în ordine cronologică;
2. construirea arborelui cu punctele sau nodurile decizionale şi nodurile opționale (*figura 16*);
3. atribuirea de costuri, beneficii şi probabilități diferitor ramuri;
4. analizarea arborelui prin metoda „rostogolirii înapoi", prin identificarea costurilor şi beneficiilor, începând cu punctul final şi terminând cu obiectivul originar de la nivelul primei decizii.

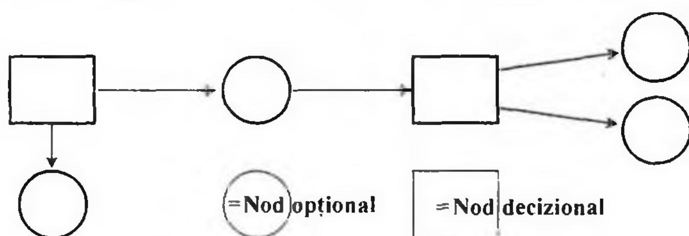


Figura 16. **Structura unui arbore decizional**

Decizia este:

- proces creativ, ce implică „n" persoane, care vor participa la luarea deciziei reacționând pozitiv sau negativ la ea;
- chiar a nu reacționa la o decizie – este un răspuns;
- pentru rezolvarea problemelor există un proces decizional ce implică tehnici şi reguli;
- comunicarea între persoanele implicate în procesul decizional este cel mai important element.

Luarea deciziei nu presupune întotdeauna o abordare pur rațională; uneori procesul de luare a deciziei este un proces intuitiv, haotic, care necesită flexibilitate în gândire. De aceea, criteriile de evaluare a implementării deciziei trebuie definite şi trebuie informat cel ce va duce la îndeplinire decizia. Luarea adecvată a unei decizii trebuie verificată, uneori fiind necesară reevaluarea deciziei în lumina noilor informații disponibile şi realizarea unor schimbări din mers. Acest lucru implică o abilitate crescută de a te descurca în necunoscut, având în vedere că în momentul luării unei decizii se poate întâmpla, ca să nu fie disponibile toate informațiile necesare. Este important, de asemenea, modul de comunicare a deciziei, având în vedere faptul că orice decizie depăşeşte sistemul, în care acționează, putându-se

extinde şi la alte sisteme, de exemplu, decizia de a reduce procentul cazurilor sociale internate în spitale afectează şi alte domenii decât cel medical. Comunicarea deciziei implică trei factori:

1. cel care transmite; 2. calea de comunicare; 3. cel care recepţionează.

De aceea, trebuie să ne asigurăm, că aceasta este făcută într-un mod corect. În acelaşi timp, trebuie avută în vedere şi situaţia particulară de luare a deciziei în grup, situaţie întâlnită în diferite tipuri de organizaţii socio-medicale.

Principalele variante de luare a deciziei în grup sunt:

– *decizia prin lipsa de răspuns,* în care sunt sugerate/prezentate diferite idei până când una este acceptată fără comentarii; este considerată o metodă consumatoare de timp, care ar trebui utilizată doar în lipsa altor alternative;

– *decizia prin regula autorităţii,* în care conducătorul este cel care ia decizia după ce ascultă discuţiile şi argumentele aduse de membrii grupului; este o variantă rapidă, dar care depinde mult de capacitatea managerului de a sintetiza şi alege varianta cea mai adecvată;

– *decizia prin regula minorităţii* apare atunci când un individ sau un subgrup cu autoritate argumentează şi susţine puternic un anumit punct de vedere şi „forţează" restul grupului să adopte propria opţiune;

– *decizia prin regula majorităţii,* în care este adoptată varianta susţinută de majoritatea membrilor grupului; uneori poate să reflecte mai mult loialitatea şi/sau afinităţile personale şi mai puţin consistenţa propunerii adoptate; poate crea tensiuni prin individualizarea a două subgrupuri: cei care câştigă şi cei care pierd;

– *decizia prin consens,* în care fiecare membru al grupului îşi exprimă şi susţine o anumită opinie, fiind adoptată prin negociere acea variantă, care nu mai naşte controverse; trebuie avut în vedere faptul că se poate ajunge la un „fals consens", în care unii membri ai grupului renunţă la varianta proprie pentru a nu fi puşi într-o postură „neplăcută" faţă de restul membrilor grupului.

Ca principale *avantaje* ale luării deciziei în grup se pot aminti: obţinerea de informaţii şi cunoştinţe mai complete, creşterea gradului de acceptare a soluţiilor adoptate şi o legitimitate sporită a variantelor adoptate. Ca principale *dezavantaje* se pot cita: cantitatea de timp crescută, necesară adoptării soluţiei dorite, presiunea spre conformitate între toţi membrii grupului şi, nu în ultimul rând, disiparea responsabilităţii pentru soluţiile adoptate.

MANAGEMENTUL ORGANIZAȚIONAL ÎN SFERA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

2.1. DEFINIȚIE. OBIECTIVUL MANAGEMENTULUI ORGANIZAȚIEI ȘI FACTORII EFICIENȚEI ORGANIZAȚIONALE

Managementul organizațional este procesul de dezvoltare și operare a instituțiilor medicale pentru a fi siguri că acestea funcționează eficient. Se preocupă de structura acestor unități și de modurile, în care pot fi obținute cele mai bune rezultate de la membrii colectivului, managerul, care conduce respectiva structură.

Obiectivul principal al managementului organizației este creșterea eficienței organizaționale. Organizație eficientă poate fi definită organizația, care își realizează cu succes obiectivele și care își respectă responsabilitățile față de toți acei, care participă într-un anumit mod la activitatea ei: acționari, angajați, clienți, furnizori sau, la modul general vorbind, față de comunitate.

Factorii, care contribuie la eficiența organizației sunt:

– o conducere vizionară (se ia cel mai înalt nivel);
– o echipă managerială puternică;
– o forță de muncă bine motivată, angajată, performantă și flexibilă;
– o structură adecvată operațiunilor și culturii organizației și mediului, în care funcționează;
– o echipă de lucru eficientă în toată organizația, reușind să mențină conflictul sub control;
– scopuri și strategii bine definite pentru a se putea opera cu ele;
– implementarea continuă, pentru inovare și pentru o utilizare cât mai eficientă, a noilor tehnologii, asociată cu capacitatea de a administra și a intensifica schimbarea, de a administra diversitatea și de a realiza un grad rezonabil de ordine, în condiții de incertitudine, chiar în haos;
– o cultură pozitivă a corporației, care acoperă un sistem de valori, care pune accentul pe performanță și calitate. Stilul managementului, care este o parte a culturii, ar trebui să furnizeze supremația în timp ce promovează „o cultură a consensului" în care este încurajată implicarea angajaților în dezvoltarea organizației;
– funcționarea organizației ca o „organizație de învățământ", care facilitează studiul tuturor membrilor ei și care se transformă continuu;
– o capacitate de a opera în mod flexibil și de a reacționa rapid la schimbări, asociată cu capacitatea de a acționa rapid și de a face ca lucrurile să meargă bine;
– o orientare puternică spre piață, care se concentrează pe maximizarea vânzărilor profitabile prin dezvoltarea produselor și serviciilor, care vor satisface nevoile și dorințele consumatorului. Filozofia de piață a organizației va accentua

importanța de a comunica clienților existenți și potențiali avantajele produselor și ale serviciilor ce li se oferă. Ea va avea drept scop asigurarea că cererile sunt realizate pentru satisfacția atât a clienților (deoarece ei obțin ceea ce doresc), cât și a comerțului (deoarece își realizează obiectivele financiare și de dezvoltare);

– o bază financiară solidă și sisteme bune pentru evaluarea și controlul costurilor în management, punându-se accent pe realizarea măsurătorilor și pe eficiența costurilor.

2.2. ACTIVITĂȚI ALE MANAGEMENTULUI ORGANIZAȚIONAL

Managementul organizațional se preocupă de:

1. structura organizației;
2. managementul culturii;
3. managementul echipei;
4. managementul flexibilității;
5. managementul schimbării.

Structura organizației. Definiții.

– *Structura organizației.* Structura unei organizații constă din funcțiile și departamentele, între care sunt realizate anumite relații ce implică exercitarea autorității și schimbul de informații. Structura trebuie să fie corespunzătoare scopului organizațional și situației existente.

– *Schema organizației.* Schema organizației este procesul de divizare a sarcinilor manageriale într-o diversitate de activități și de stabilire a mijloacelor de coordonare a acestor activități. Schema organizației se preocupă de aspectele structurale ale organizației. Are drept scop analizarea rolurilor și relațiilor, astfel încât efortul colectiv să poată fi organizat explicit, pentru realizarea scopurilor specifice.

Linii directoare pentru schema (structura) organizației

Teoreticienii clasici au dezvoltat un set de principii ale organizației, dar ideea că acestea se puteau aplica în mod universal nu mai este justificată. În orice caz, principiile erau deseori incompatibile. Cu toate acestea, există un număr de linii directoare, care ar putea fi luate în considerare când proiectăm sau modificăm structurile organizației, deși aplicarea lor va depinde de caz. Aceste linii directoare sunt descrise mai jos:

1. Distribuirea sarcinilor. Activitatea, care urmează să fie dusă la îndeplinire, trebuie să fie definită și distribuită în mod corespunzător angajaților sau departamentelor. Activitățile conexe trebuie să fie grupate împreună, pentru evitarea golurilor sau multiplicării muncii. Problemele, care necesită o decizie trebuie să fie abordate cât mai aproape de zona de acțiune. Managerii nu trebuie să facă prea mult și nici nu trebuie să exercite un control rigid, permanent.

2. Nivelurile din structură. Prea multe niveluri de management și control inhibă comunicarea și creează o activitate suplimentară. Scopul trebuie să fie reducerea la minimum a numărului de niveluri. Cu toate acestea, reducerea numărului de niveluri pentru crearea unor structuri mai plate impune cerința stringentă de a îmbunătăți munca în echipă, delegarea și metodele de integrare a activităților, când bucla de control este mult mai mare și rolul managerilor de rang intermediar nu mai există. Procesul de reducere a numărului de niveluri (straturi) este facilitat prin utilizarea

tehnologiei informației, pentru a intensifica fluxul informațional și pentru a ajuta procesul de luare a deciziilor.

3. *Amplitudinea (bucla) controlului.* Numărul de persoane, care poate fi administrat sau controlat în mod corespunzător de cineva este limitat, dar acesta diferă în funcție de activități. Majoritatea oamenilor pot lucra chiar dacă bucla de control este mai mare, atâta timp cât sunt pregătiți să delegheze mai mult, pentru a evita să fie implicați în prea multe detalii, și să dezvolte o muncă în grup mai bună a indivizilor care le raportează. De fapt, buclele largi de control sunt benefice, deoarece pot spori delegarea și munca în echipă și îl „eliberează" pe manager de la cel mai înalt nivel, lăsându-i mai mult timp pentru luarea deciziilor și pentru planificare. Atunci când numărul personalului coordonat este foarte mic, acest fapt încurajează managerii să se implice în activitatea, care are loc sub nivelul lor, limitând dezvoltarea profesională a subordonaților lor.

4. *O persoană – un șef.* Vorbind în general, indivizii ar trebui să raporteze unui singur șef. Aceasta împiedică ordinele contradictorii, care pot apărea în cazul existenței mai multor superiori ierarhici pentru o singură persoană. Dacă managerul evită subordonații imediați, când dă instrucțiuni, poate provoca confuzii și poate să submineze autoritatea acestora în fața subalternilor.

5. *Descentralizarea.* Autoritatea care ia decizii trebuie să fie delegată cât mai aproape de locul acțiunii. Există o întreagă dezbatere asupra descentralizării la nivelul unei organizații: discuția nu se referă la faptul dacă descentralizarea este „bună" sau nu, ci mai degrabă la echilibrul, care ar trebui să existe între centralizare și descentralizare. Printre principalele argumente în favoarea unei descentralizări organizaționale sporite sunt menționate următoarele:

– permite ca deciziile să fie luate mai aproape de nivelul operațional;

– serviciile suportive (de ex. administrația) vor fi, probabil, mai eficiente dacă sunt furnizate cât mai aproape de activitățile, pe care trebuie să le sprijine;

– furnizează posibilitatea pregătirii managerilor, prin delegarea autorității (care este esența descentralizării);

– de obicei, are un impact pozitiv asupra moralului și motivației personalului.

În continuare, vom prezenta succint și factorii, care influențează gradul de descentralizare a unei organizații:

6. *Costul deciziei* (uneori numit costul greșelilor): cu cât costul asociat unei decizii greșite este mai mare, cu atât respectiva decizie va fi luată mai la vârf, deci descentralizarea va fi diminuată (de exemplu, diferența dintre descentralizarea puterii de decizie de a cumpăra tomografe sau scaune); asta nu semnifică faptul că managerii superiori greșesc mai puțin (deși ar putea fi real, având mai multe informații și fiind teoretic mai bine pregătiți); motivul real este că responsabilitatea unei erori le revine în totalitate; trebuie însă prevenite exagerările: uneori centralizarea costă mai mult decât prezumtivele greșeli ale subordonaților.

7. *Uniformitatea politicilor:* favorizează centralizarea, atunci când consistența activităților organizației este primordială.

8. *Dimensiunea unității:* cu cât organizația este mai mare, cu atât e mai mare descentralizarea, deoarece timpul necesar luării deciziilor în asemenea unități este lung, iar deciziile încete costă, soluția fiind descentralizarea.

9. Tradiţia organizaţiei: poate avea o mare influenţă, mai ales dacă a avut succes, putând stimula fie centralizarea, fie descentralizarea.

10. Concepţia superiorilor influenţează, de asemenea, gradul în care ei sunt dispuşi să delege din propria autoritate şi să accepte riscurile asociate.

11. Concepţia angajaţilor: dorinţa lor de a avea iniţiativă şi a-şi asuma riscuri.

12. Disponibilitatea managerilor: dacă sunt puţini e greu de realizat o descentralizare lărgită. Cheia descentralizării este antrenarea managerilor, iar descentralizarea este cea mai bună metodă de antrenament.

13. Tehnicile de control disponibile influenţează gradul descentralizării, fără control eficient neputând fi vorba de descentralizare, ci de pierderea controlului organizaţiei.

14. Dinamica unităţii: când se doreşte o schimbare rapidă, descentralizarea, chiar cu manageri neexperimentaţi, poate fi soluţia, „forţându-se" practic, astfel, schimbarea; dimpotrivă, în companiile vechi, conservatoare, care nu agreează schimbările bruşte, este favorizată centralizarea.

În afara acestor factori, toţi interni organizaţiei, pot exista şi influenţe exterioare, care să faciliteze sau nu descentralizarea, ca de exemplu, legislaţia, climatul socio-economic, filozofia politică dominantă.

15. Optimizarea structurii. Aveţi totdeauna în vedere o schemă a organizaţiei ideale, dar nu uitaţi că aceasta poate că va trebui să fie modificată, pentru a se potrivi aptitudinilor şi competenţelor indivizilor-cheie.

16. Relevanţa pentru necesităţile organizaţionale. Structura organizaţiei trebuie să fie amendată sau dezvoltată pentru a răspunde necesităţilor existente. În condiţiile actuale de dezorganizare şi schimbare, aceasta înseamnă o tendinţă spre structuri mai descentralizate şi mai flexibile, cu o responsabilitate mai mare acordată indivizilor şi cu lărgirea utilizării echipelor, care creează proiectele, pentru a administra atât ocaziile favorabile, cât şi situaţiile ameninţătoare. Acest lucru implică o abordare nebirocrată, neoficială, coordonată pentru schema organizaţiei (de exemplu, forma organizaţiei va urma funcţiile sale, şi nu invers).

Abordarea fundamentală a schemei organizaţiei constă în:

- a defini ce face organizaţia existentă – scopurile şi obiectivele ei;
- a analiza şi identifica activităţile sau sarcinile;
- a distribui activităţile ce au legătură cu acestea personalului individual;
- a distribui activităţile legate de grup îndeplinite de personal în unităţile organizaţionale;
- a furniza pentru management şi a coordona activităţile de la fiecare nivel de responsabilitate;
- a stabili relaţiile de raportare şi de comunicare.

Organizaţii formale şi informale. Departamentarea.

Organizaţiile se nasc din nevoia umană de cooperare.

Ele au o structură formală şi una informală, ce determină fluxul de activitate şi relaţiile interpersonale din organizaţie.

Structura formală este planificată şi publică, cea informală este neplanificată şi implicită. Structura formală este reprezentată de structura oficială a organizaţiei (organigrame, fluxuri de producţie), în timp ce structura informală a organizaţiei este reprezentată de relaţiile personale neoficiale ce se stabilesc între membrii

organizației, și care influențează eficacitatea, cu care organizația își desfășoară activitatea. Cele două tipuri de structuri sunt complementare.

Organizațiile formale sunt acele organizații, în care activitățile a două sau mai multe persoane sunt coordonate în mod conștient spre un obiectiv dat. Esența lor constă din existența unui scop comun, conștientizat. Persoanele din aceste organizații au deci un scop comun, comunică între ele și au voința de a acționa. Organizațiile formale își au definită o zonă clară de libertate de acțiune.

Structurile informale sunt date de existența unor activități de grup fără un scop comun conștientizat, în care grupurile sunt dinamice, se fac și se desfac, și în care se dezvoltă relațiile interpersonale.

Rolul organizațional încorporează obiective verificabile, sarcini și activități clar definite și o arie de autoritate bine înțeleasă. Pentru ca rolul să fie operațional, este nevoie, pe lângă resurse și instrumente, de informație.

Pentru definirea structurii organizației și a rolurilor este nevoie de gruparea activităților necesare atingerii scopurilor, de desemnarea unui manager cu autoritate pentru a controla aceste grupări de activități, precum și de coordonarea orizontală și verticală a acestora.

Proiectarea structurii organizației se face pentru: a clarifica cine ce trebuie să facă, cine răspunde de anumite rezultate; a îndepărta obstacolele datorate confuziei și nesiguranței sarcinilor de lucru; a stabili o rețea de comunicare a deciziilor, care să reflecte și să sprijine obiectivele organizației.

Aici acționează două principii de bază:

a) principiul unității obiectivelor – o structură organizațională este eficace dacă favorizează contribuția indivizilor la atingerea scopurilor și obiectivelor organizației.

b) principiul eficienței – o structură organizațională este eficientă dacă favorizează atingerea obiectivelor de către oameni (deci este eficace) la un cost minim sau cu consecințe nefavorabile minime.

Organizarea ca proces presupune câtiva pași esențiali:

1. stabilirea obiectivelor organizației;
2. formularea obiectivelor derivate, a planurilor și politicilor;
3. identificarea și clasificarea activităților necesare pentru atingerea obiectivelor;
4. gruparea activităților în lumina resurselor umane și materiale disponibile și a modului cel mai bun de folosire a acestora;
5. delegarea autorității necesare îndeplinirii activităților de către șeful fiecărui grup;
6. legarea acestor grupări atât pe orizontală, cât și pe verticală prin relații de autoritate și sisteme informaționale.

Organizațiile, de obicei, prezintă diferite niveluri de organizare, deoarece întotdeauna există o limită în ceea ce privește numărul de persoane ce se află sub îndrumarea unui manager. Acest principiu simplu era cunoscut încă din antichitate. Înainte de a porni exodul în Egipt, Moise primește următorul sfat: „Tu nu poți face acest lucru singur. Alege-ți oameni capabili și fă-i conducători asupra miilor, sutelor, cincizecilor și zecilor. Lasă-i pe ei să judece. Toate lucrurile mari să le aducă la judecata ta, iar lucrurile mărunte să le judece ei".

Departamentarea organizaţiilor se face tocmai pentru ca un manager să aibă autoritate asupra activităţilor specifice dintr-o arie distinctă, o diviziune sau o filială a unei organizaţii.

Departamentarea poate fi: numerică, în timp, pe funcţii, teritorială, pe produse, pe client, pe marketing, pe proces sau echipamente, pe servicii.

Cea mai frecventă este departamentarea funcţională, care are avantajul că este logică, demonstrată în timp, bazată pe specializarea ocupaţională, ceea ce simplifică atât formarea, cât şi asumarea responsabilităţii rezultatelor. Ea implică un control de la vârf, este eficientă în utilizarea forţei de muncă şi puterea şi prestigiul activităţii de bază sunt bine apărate de manageri.

Astfel, vom întâlni frecvent organizaţii împărţite pe departamente de producţie sau de servicii, financiar, de marketing, de informatică etc. Dezavantajele unei astfel de compartimentări constau în faptul că o atare diferenţiere duce la apariţia loialităţii faţă de funcţie, nu faţă de organizaţie ca întreg, a unor ziduri de comunicare între funcţii, complică formarea şi dezvoltarea managerilor şi, ca urmare, promovarea acestora.

În cazul organizaţiilor mari, ce cuprind arii geografice întinse, departamentarea funcţională este greu de coordonat. Una dintre problemele ce se ridică este cea a dorinţei de a exercita controlul – departamentul respectiv uită că scopul activităţii este de a-i servi pe ceilalţi şi doreşte să preia controlul.

De asemenea, specializarea extremă duce la muncă neinteresantă, plicticoasă, care scade motivaţia. De aceea, este bine ca departamentarea să se facă cât mai aproape de punctul de oferire al serviciului, deci să existe un grad crescut de descentralizare.

2.3. CULTURA ORGANIZAŢIONALĂ

Cultura unei organizaţii poate fi definită pe larg, ca un model de credinţe, atitudini, presupuneri şi valori comune într-o organizaţie, care modelează felul în care oamenii acţionează şi interacţionează şi care influenţează puternic modul în care lucrurile se pot realiza. Culturile sunt funcţionale, dacă sprijină în mod pozitiv realizările obiectivelor organizaţiei, sau disfuncţionale, dacă împiedică funcţionarea eficientă a organizaţiei. Există numeroase tipologii culturale, una dintre cele mai cunoscute fiind cea elaborată de Handy, care distinge patru mari culturi organizaţionale:

1. *cultura puterii;*
2. *cultura sarcinilor;*
3. *cultura rolurilor (sau birocratică) şi*
4. *cultura personală.*

Cultura puterii: organizaţia în care predomină o astfel de cultură seamănă cu o pânză de păianjen (*figura 17*).

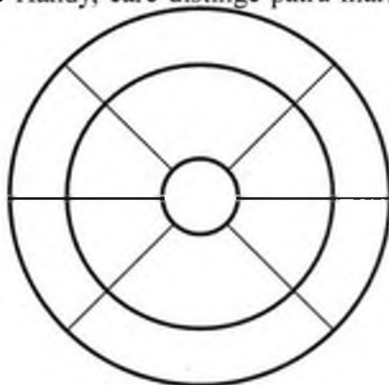


Figura 17. **Cultura puterii**

Centrul acestei „pânze” este sursa centrală de putere, de la care iradiază agenţi ai acestei puteri, de obicei fiind vorba de specialişti. Organizaţia se bazează pe existenţa unui lider puternic, charismatic. Structurile şi regulile

formale sunt considerate mai puţin importante decât personalitatea conducătorului. Organizaţia se bazează pe valori precum încrederea reciprocă, iar pentru comunicare interioară sunt utilizate contactele interpersonale directe, neexistând canale de comunicare formale prestabilite riguros.

Pentru a avea succes şi a corespunde cerinţelor mediului, organizaţia trebuie să aibă conducători dinamici, întreprinzători.

Acest tip de cultură duce la alcătuirea unor organizaţii puternice şi încrezătoare în capacităţile proprii, care reacţionează rapid în medii instabile şi primejdioase. Comportamentul dat depinde, însă, exclusiv de calitatea persoanelor ce deţin puterea, comportamentul lor fiind esenţa succesului organizaţiei, de unde importanţa acordată unei selecţii directe.

Indivizii, care agreează o asemenea cultură organizaţională sunt cei care nu pun în prim-planul priorităţilor securitatea locului de muncă şi care iubesc riscul, dar şi avantajele (materiale sau morale) substanţiale şi rapide.

Cultura sarcinilor. Este caracteristică organizaţiilor orientate spre atingerea rezultatelor. Poate fi reprezentată ca o reţea cu multe interferenţe (o schemă matriceală), în care puterea se află la interstiţiile acestei reţele (*figura 18*).

Filozofia de funcţionare a unei asemenea organizaţii constă în a pune împreună oamenii potriviţi la nivelul potrivit cu resursele necesare, având o mare autonomie şi libertate pentru realizarea obiectivului stabilit.

Autoritatea este, mai ales, cea a expertului şi mai puţin bazată pe poziţia ocupată în structura organizaţiei. Este cultura echipei, în care nu există ierarhii rigide, capacitatea de lucru în echipă fiind cea mai apreciată. Într-o astfel de organizaţie, datorită accentului pus pe creativitate şi pe rezistenţă faţă de centralism este greu de impus disciplina; ea este eficace în perioade de schimbări rapide, cu suficiente resurse disponibile. După cum poate sugera şi reprezentarea matriceală, este vorba de o cultură a echipei, în care rezultatul obţinut de echipă îl eclipsează pe cel individual şi în care puterea este mult mai dispersată faţă de celelalte tipuri de culturi descrise.

Este o cultură ce oferă multă flexibilitate, într-un mediu instabil asigurând o mare viteză de reacţie, necesitând însă resurse considerabile pentru a funcţiona.

Cultura rolului a fost schematizată sub forma unui templu grec (*figura 19*).

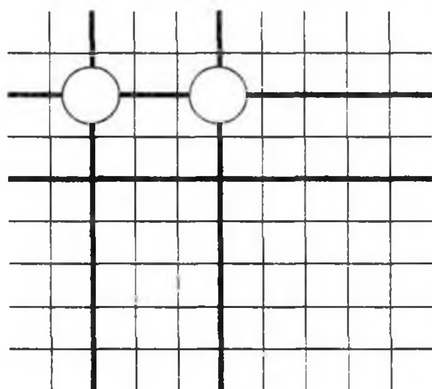


Figura 18. **Cultura sarcinilor**

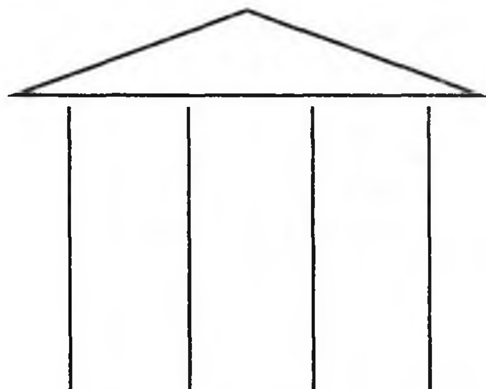


Figura 19. **Cultura rolului**

Puterea o dau „stâlpii de susținere", care întruchipează funcțiile și departamentele organizației, fiecare cu mare autoritate și autonomie intrinsecă, individuală.

Puterea și autoritatea sunt deținute de diferite grupuri cu funcții specifice. Fișa postului e mai importantă decât cei care ocupă postul. Activitatea organizației se bazează pe proceduri birocratice. Posturile sunt ierarhizate strict, iar problemele se rezolvă prin trimiterea lor către forurile superioare ierarhic. Cele mai bune rezultate le obțin astfel de organizații în medii stabile, cu resurse suficiente, atunci când au de îndeplinit sarcini repetitive, chiar în volum sporit; managementul este foarte flexibil, controlul concentrându-se mai ales asupra rezultatelor și mai puțin asupra mijloacelor, de aceea este considerat și ca o cultură ce poate genera instabilitate.

Mulți teoreticieni consideră că acest gen de cultură organizațională este cel mai potrivit în viața modernă, din punct de vedere ideologic fiind în ton cu noțiunile de libertate individuală, capacitate de adaptare, viteză de reacție la schimbare.

Dezavantajul principal, după cum am menționat, constă în faptul că rareori există resurse suficiente pentru un asemenea tip de organizație.

Cultura personală poate fi reprezentată ca o galaxie cu clustere stelare; este acea cultură în care individul creativ este în centrul atenției și admirației organizației (*figura 20*).

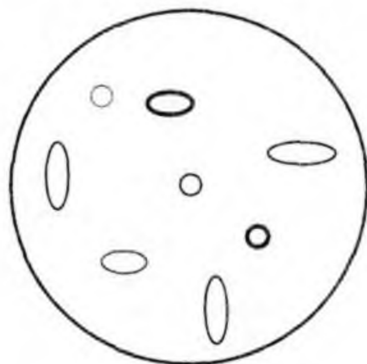


Figura 20. **Cultura personală**

Dacă există vreo structură formală a organizației, aceasta e redusă la minim, ea existând doar pentru a-i servi pe indivizii din interior. Organizația se focalizează pe un cluster de indivizi „stele", iar regulile și normele organizației sunt dezvoltate în jurul acestor personalități. În modelul dat nu obiectivele organizației primează, ci cele ale indivizilor, care decid și dețin puterea.

Individualitatea creativă este în centrul atenției. Structura formală este centrată în jurul „starurilor" individuale, iar acțiunile se desfășoară numai cu acordul individualităților. Regulile sunt în general puține și permisive. În general, se consideră că profesiile liberale pot adopta atitudini înrudite cu această cultură, creând mici „celule" de cultură personală în interiorul culturii organizaționale mai largi. Spre exemplu, un doctor sau un avocat se apreciază că-și urmăresc cu preponderență interesul personal, realizările obținute fiind pentru propria carieră și doar indirect și pentru organizația căreia îi aparțin; astfel, organizația (spitalul, baroul etc.) este doar locul unde își pot desfășura activitatea în interes personal și doar în subsidiar creând beneficii și pentru organizație în ansamblu.

Existența unor indivizi cu asemenea criterii axiologice face foarte dificilă conducerea organizației, din care fac parte, deoarece sunt specialiști, găsesc ușor alternative și, ca atare, metodele coercitive nu sunt eficiente. Așa că, de obicei, influențarea lor se poate face doar de personalități la fel de puternice, fapt greu de obținut pe termen lung. Asemenea organizații sunt caracteristice, mai ales, profesiunilor liberale, medicina fiind unul din mediile cele mai comune de manifestare a acestui tip de cultură.

Handy, cel care a dezvoltat această tipologie a culturilor organizaţionale, crede că există o legătură importantă între tipul cultural şi eficienţa organizaţiei. El nu sugerează însă că există o cultură perfectă sau că o anume cultură este mai bună decât alta *per se*, ci mai degrabă susţine că eficienţa provine din dezvoltarea acelei culturi, care se potriveşte cel mai bine provocărilor externe şi interne ale organizaţiei. Astfel, de exemplu, dacă mediul este stabil, resursele sunt relativ consistente, iar cerinţele organizaţiei se referă la cantităţi mari (de produse, de servicii etc.) obţinute însă prin operaţiuni de rutină, atunci o cultură a valorilor va fi cea mai potrivită. Dacă mediul se schimbă rapid şi resursele sunt rezonabile, atunci o cultură mai flexibilă, orientată spre rezultate, va servi organizaţia mai bine, iar cultura serviciilor va fi posibil mai potrivită decât cea mai puţin dinamică a rolurilor.

Toate aceste tipologii sugerează că cultura este un ingredient important al performanţei organizaţionale. Acest lucru este cu atât mai important în organizaţiile socio-medicale, unde relaţiile personale interumane sunt în centrul activităţii zilnice; în aceste condiţii, numai împărtăşirea unui set comun de valori şi norme poate reduce complexitatea şi incertitudinea asociată unei asemenea activităţi, facilitând procesele de luare a deciziei, coordonare şi control.

2.4. MANAGEMENTUL CULTURII ORGANIZAŢIONALE

Managementul culturii se referă la reintroducerea sau implementarea unei culturi funcţionale existente sau la schimbarea unei culturi disfuncţionale.

Abordarea va fi efectuată prin unele consideraţii generale. Managementul culturii este o problemă de analiză şi diagnostic urmată de aplicarea unei măsuri de consolidare corespunzătoare sau de schimbarea metodei de lucru.

Consideraţii generale. Deoarece culturile au evoluat şi sunt, de obicei, adânc înrădăcinate, schimbarea lor este dificilă. Este foarte greu să-i convingi pe oameni să-şi schimbe atitudinile şi credinţele de mult timp încetăţenite şi de aceea deseori încercările de a face acest lucru eşuează. Un singur lucru am putea face să-i convingem să-şi schimbe comportamentul reducând elementele disfuncţionale în cultură şi sprijinind întroducerea elementelor funcţionale.

Însă schimbarea comportamentului nu este întotdeauna uşoară, deşi poate avea loc în situaţii dramatice, cum ar fi crizele, schimbarea unei proprietăţi pe alta sau sosirea unui conducător puternic, autocrat, charismatic şi vizionar.

Analiză şi diagnostic. Analiza culturii şi diagnosticarea nevoilor manageriale poate fi îndeplinită pe bază continuă, prin observarea şi notarea comportamentelor, care indică valorile şi normele prevalente în organizaţie. O analiză mai detaliată ar putea utiliza instrumente, cum ar fi interviurile, chestionarele, focus-grupurile (grupuri reprezentative de angajaţi ai căror opinii sunt recomandate în problemele organizaţionale sau de muncă), discuţiile privind atitudini şi seminarele de lucru.

Tehnicile managementului culturii. Una sau mai multe din următoarele abordări pot fi utilizate pentru a ajuta la managementul culturii:

– Problema declarării misiunii şi a valorii, care statuează în mod explicit încotro se îndreaptă organizaţia şi valorile, pe care le adoptă ea pentru a ajunge acolo, dar aceste declaraţii trebuie să reprezinte realitatea şi să fie urmate de seminare de lucru, pregătire şi discuţii, care să traducă cuvintele în fapte.

– Seminare de lucru, care adună la un loc persoanele implicate, pentru discutarea noilor modalităţi de comportament şi practica aplicabilităţii lor.

– Programe de educaţie şi pregătire, în cadrul cărora persoanele îşi lărgesc cunoştinţele şi învaţă noi deprinderi.

– Programe de management al performanţei, care să asigure prin mecanisme de fixare a obiectivului şi de evaluare a performanţei că valorile, normele şi comportamentele, pe care programul de schimbare culturală le dezvoltă sunt absorbite şi acţionează ca parte a procesului normal de management.

– Sisteme de recompensare, care să recompenseze angajaţii pentru comportamentul aflat în concordanţă cu valorile precizate într-un program de schimbare a culturii.

Astfel de programe pot fi utilizate nu numai pentru schimbare, dar şi pentru reconsolidarea unei culturi. În mod ideal, ele ar trebui să fie conduse pe o bază organizaţională vastă, recunoscând probabil faptul că diferite părţi ale organizaţiei pot în mod legitim să aibă diferite culturi şi că ar putea fi neproductivă impunerea unei culturi noi asupra lor.

2.5. MANAGEMENTUL ECHIPEI – COMPONENTĂ A MANAGEMENTULUI CULTURII

Managementul organizaţional se preocupă de cea mai bună utilizare a oamenilor. Trebuie să se recunoască faptul că organizaţiile sunt sisteme cooperatiste, care constau din grupuri de oameni ce muncesc împreună. Ei pot lucra în grupuri oficiale alcătuite pentru realizarea unui scop definit sau pot lucra informal.

Managementul echipei este procesul de îmbunătăţire a calităţii muncii în echipă la nivel organizaţional. Munca în echipă devine mai semnificativă când tehnologia sau procesele de operare necesită o activitate „celulară" sau o interacţiune substanţială între persoanele care îndeplinesc diferite funcţiuni, dar au un scop comun. Munca în echipă este mai importantă în perioadele de schimbare rapidă sau de criză. O organizaţie, care trebuie să se adapteze rapid la schimbare, va trebui să se bazeze pe munca în echipă, astfel încât să poată să-şi concentreze anumite resurse şi să răspundă în mod rapid la noile ocazii favorabile sau la situaţii ameninţătoare.

Tendinţa ca organizaţiile să devină orizontale, deoarece nivelurile de stratificare ale managementului sau de control sunt neacoperite, creează necesitatea unei mai bune munci în echipă. În aceste cazuri, managerii vor avea bucle de control mai mari şi trebuie să delege o responsabilitate mai mare echipelor lor, care, la rândul lor, vor fi forţate să-şi coordoneze propria activitate mai degrabă decât să se bazeze pe şeful ierarhic. Devin şi mai importante echipele ce realizează proiecte interdisciplinare, caz frecvent în asistenţa socio-medicală. Disponibilitatea imediată a informaţiei manageriale şi facilităţile de comunicare furnizate prin tehnologia informaţională asistă echipele neoficiale să funcţioneze mai eficient.

Tehnici de îmbunătăţire a muncii în echipă.

– Alegeţi persoanele, care se vor adapta culturii şi muncii celorlalţi, dar care, totuşi au capacitatea de a-şi asuma responsabilitatea când este necesar.

– Accentuaţi faptul că munca constructivă în echipă este o valoare fundamentală în organizaţie.

– Fixaţi obiective cu deschidere mare pentru persoanele, care trebuie să lucreze împreună. Acestea vor lua forma scopurilor ce trebuie realizate sau a proiectelor ce trebuie duse la bun sfârşit prin acţiune comună.

– La nivelul secţiilor sau departamentelor, creaţi grupe autonome de lucru, care să răspundă pentru toate aspectele activităţii lor şi care pot să nu fie conduse de un superior ierarhic formal desemnat.

– Evaluaţi performanţa oamenilor nu numai pe baza rezultatelor obţinute, dar şi pe baza gradului, în care aceştia susţin valoarea muncii în echipă.

– Încurajaţi personalul să creeze reţele de lucru – lucrurile se realizează în organizaţii, ca şi în lumea exterioară, în funcţie de persoana, pe care o cunoaştem şi de ceea ce cunoaştem. Faptul că suntem corecţi, dar nu putem să-i facem pe ceilalţi să meargă alături de noi, nu este un lucru pozitiv. Şi acest lucru se face cel mai bine prin canale neoficiale, mai degrabă decât bazându-ne pe rapoarte, recomandări sau comitete. În mod accidental, aceasta este o abordare, pe care persoanele care nu deţin puterea pot s-o folosească cu rezultate bune.

– Stabiliţi echipe de lucru interdepartamentale, pe care le veţi instrui asupra modului cum să procedeze pentru îndeplinirea proiectelor.

– Renunţaţi la politicile neproductive.

– Descrieţi şi gândiţi-vă la organizaţie, ca la un sistem de echipe unite printr-un scop comun. Nu puneţi accent pe ierarhie. Renunţaţi la departamente, dacă vă stau în cale, şi nu vă alarmaţi dacă vor exista dezacorduri. Aduceţi-vă aminte de valoarea conflictului „constructiv" ca motor al progresului.

– Formulaţi şi implementaţi strategiile privind angajarea şi comunicarea, care dezvoltă comuniunea de păreri.

– Planificaţi „zilele libere" şi conferinţele pentru echipele de lucru, astfel încât acestea să poată să se reunească şi să exploreze unele probleme reale, fără presiunea muncii de zi cu zi.

– Recunoaşteţi şi recompensaţi persoanele, care au lucrat bine în cadrul echipelor.

– Introduceţi sistemele de recompensare a echipei/echipelor pentru realizarea obiectivelor.

– Utilizaţi programele de pregătire pentru deprinderea creării contactelor interumane. Deseori acestea pot avea rezultate extrem de benefice, superioare chiar unor cursuri de aptitudini speciale.

– Utilizaţi abilităţile de creare a echipei şi pe cele de pregătire interactivă, pentru a îmbogăţi celelalte abordări, dar nu vă bazaţi pe faptul că vor avea efect, în afara cazului, în care mesajele pe care le conţin sunt în concordanţă cu cultura şi valorile organizaţiei.

2.6. MANAGEMENTUL FLEXIBILITĂŢII

O abordare flexibilă pentru managementul organizaţional este necesară pentru a ne asigura că organizaţia va putea să se adapteze la schimbare, să reacţioneze prompt la noile situaţii ameninţătoare şi la ocazii favorabile, pentru a administra operaţii diverse şi descentralizate. Managementul flexibilităţii este procesul de aplicare a diverselor tehnici pentru realizarea flexibilităţii în organizaţii în scopul îmbunătăţirii eficienţei generale.

Tehnici de realizare a flexibilității.

Sistematizarea flexibilității, ca metodă de realizare cât mai eficientă a utilizării resurselor, poate avea mai multe forme:

Flexibilitate ce se bazează pe contractele de muncă.

Aceasta se referă la contractele angajaților, care specifică flexibilitatea ca un aspect-cheie al condițiilor de muncă. Activitățile sunt descrise în termeni, care accentuează scopul general al activității și principalele ei responsabilități. Flexibilitatea bazată pe contractul de muncă se poate realiza și prin angajarea prin contract a muncitorilor, cărora li se cere să lucreze în orice domeniu corespunzător aptitudinilor lor.

Flexibilitate bazată pe programul de lucru.

Această flexibilitate poate fi realizată prin utilizarea orarului flexibil stabilit zilnic (orar glisant), săptămânal sau anual.

Flexibilitate în funcție de munca prestată.

Această flexibilitate înseamnă că muncitorii pot fi transferați dintr-o funcție în alta și că au posibilitatea să utilizeze o gamă mai vastă de abilități în cadrul competențelor lor (multitudine de competențe). Firmele pot introduce acest tip de flexibilitate după implementarea unor noi abordări operaționale, cum ar fi sistemele de producție flexibile, producția coordonată și sistemele „just in time".

Flexibilitatea funcțională este în special importantă în cazul organizațiilor care utilizează în mod intensiv echipamente și sisteme sofisticate, ce necesită întreținere corespunzătoare dacă acestea urmează să producă la nivel optim. Flexibilitatea funcțională sau flexibilitatea în funcție de munca prestată mai înseamnă, că acolo unde cantitatea de muncă fluctuează, angajații pot fi transferați rapid pentru a rezolva sarcinile suplimentare.

Flexibilitate în funcție de abilități.

Această flexibilitate poate fi realizată numai când angajații dețin abilitățile necesare pentru îndeplinirea diferitor sarcini, de exemplu, operatorii, care au aptitudinile necesare nu numai pentru a lucra pe utilajele lor, dar care îndeplinesc și activitățile de întreținere și care rezolvă defectele și opririle minore.

Flexibilitate în funcție de organizație.

Abordarea flexibilității de către organizație include utilizarea mai intensivă a unui personal, care să lucreze part time (jumătăți de normă etc.), sau a unui personal temporar ori a muncitorilor angajați prin contract și se bazează pe un nucleu de angajați permanenți, care îndeplinesc funcțiunile fundamentale ale organizației.

2.7. MANAGEMENTUL TIMPULUI DE LUCRU

Timpul reprezintă o resursă ce poate fi utilizată, dar nu și prelungită. Organizarea timpului de lucru este foarte importantă pentru manager. S-a constatat, că cu cât este mai sus în ierarhie, o mare parte a timpului managerului este controlată de superiori, de egali, de subordonați sau de clienți.

Folosirea eficientă a timpului.

Folosirea mai eficientă a timpului presupune, în primul rând, clarificarea scopului muncii și stabilirea priorităților. Odată acestea fiind stabilite, se poate trece la identificarea activităților ce facilitează atingerea scopurilor prioritare, asigurarea

resurselor necesare activității (atât cele materiale, cât şi cele de personal), planificarea activităților în secvență logică cu specificarea perioadei de timp alocate şi autodisciplinarea, pentru a respecta planul întocmit până la atingerea scopului propus sau până când devine clar faptul că planul trebuie schimbat.

S-a încercat analiza folosirii timpului prezent prin înregistrarea la fiecare jumătate de oră a activității, în care este angajat managerul, şi identificarea categoriilor generale de activitate (planificare, buget, evaluare, decizie etc.), pentru a determina procentul din totalul orelor săptămânii de lucru pentru fiecare categorie.

Dacă, făcând această analiză, se observă că unei categorii de activități i se alocă un timp disproporționat de mare, iar altei categorii de aceeaşi importanță – un timp prea scurt, managerul trebuie să stabilească obiective pentru restabilirea echilibrului.

S-a observat că managerii au tendința de a aloca mai mult timp activității pe care o fac mai bine şi le place să le evite pe cele în care se simt incompetenți.

Stabilirea obiectivelor şi priorităților.

Obiectivele pot fi pe termen lung, mediu sau scurt.

Se propune stabilirea de obiective personale din trei puncte de vedere:

1. obiective, pe care individul ar dori să le realizeze în următorii 5 ani;
2. obiective, pe care individul ar dori să le realizeze în următoarele 6 luni;
3. obiective, pe care individul ar dori să le realizeze azi.

Pentru obiectivele sus-numite se pot apoi stabili trei tipuri de priorități:

a) prioritate înaltă (trebuie atinse);
b) prioritate moderată (să fie dorință de a le atinge);
c) prioritate mică (pot fi abandonate pentru moment).

Instrumente folosite în managementul timpului.

În managementul timpului de lucru pot fi folosite următoarele instrumente:

– matricea decizională sau arborele decizional;
– graficul Gantt, care este un instrument de planificare şi monitorizare a timpului de lucru, în cadrul unui proiect complex, în care mai multe activități se pot derula în paralel;
– diagrama PERT şi metoda drumului critic.

Sfaturi utile în managementul timpului de lucru.

– Învățați să folosiți o agendă, în care să vă programați întâlnirile de lucru!
– Pentru corespondență, scrieți răspunsul la anumite adrese direct pe ele!
– Există începuturi şi sfârşituri de adresare stereotipe!
– Stabiliți un timp fix de durată a şedințelor!
– Grupați sarcinile mici şi neimportante pentru a le rezolva în bloc!
– Culegeți informațiile necesare şi pertinente înainte de a lua o decizie!
– Nu vă angajați emoțional în problemele altor sectoare, care nu afectează obiectivele, pe care vi le-ați propus!
– Dați indicații simple şi clare!
– Delegați cât mai mult, amânați cât mai puțin!
– Învățați să spuneți: NU, aceasta nu este problema mea!
– Fiți punctuali şi încurajați punctualitatea altora!
– Micşorați întreruperile datorate telefoanelor, evitați conversațiile inutile!
– Citiți numai ceea ce este important din corespondență!

- Începeți discuția în biroul altuia pentru a vă putea retrage când vreți!
- O persoană invitată să stea jos va consuma de 2-3 ori mai mult timp decât este necesar!

telefonul:
- intrați imediat în subiect;
- încheiați imediat când subiectul s-a terminat;
- încercați ca un sfert din convorbirile d-voastră să dureze sub 3 minute.

corespondența:
- schițați ce vreți să scrieți;
- ordonați-vă corespondența;
- tipizați, folosiți cărți poștale tipizate;
- folosiți dictafonul;
- nu scrieți, dacă este posibil, mai mult de o pagină;
- sortați scrisorile;
- problemele importante abordate în scrisori rezolvați-le, pe celelalte dați-le altora pentru soluționare sau uitați-le!
- nu păstrați pe birou hârtii cu probleme care nu se rezolvă!

timpul pentru lectură:
- nu păstrați mai mult de două săptămâni ceea ce nu ați citit;
- citiți numai ceea ce vă interesează;
- deciziile minore luați-le repede. Nu amânați până în ultima clipă luarea unei decizii, întrucât riscați să luați una greșită!
- recompensați verbal și în scris, repede, imediat ce ați rezolvat o problemă!
- nu vă lăsați copleșiți de activități fără valoare!
- alegeți momentul cel mai oportun din zi pentru activitățile importante – de obicei, dimineața, când sunteți odihnit!
- faceți un singur lucru important pe zi!
- o serie de crize pot fi anticipate!
- în caz de criză, luați un moment de calm!

Stiluri de comportament individual ce duc la utilizarea nerațională a timpului:

1. ***Stilul indecis*** – duce la amânare, la aglomerare.

2. ***Stilul „prea agreabil"*** – are dificultăți în a spune NU.

3. ***Sunteți obosit*** – nu vă mai puteți concentra, randamentul vă scade. E preferabil să luați o perioadă de odihnă, după care veți fi mult mai productiv.

MANAGEMENTUL SCHIMBĂRII ÎN PROCESUL DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

3.1. DEFINIȚIE. NOȚIUNI GENERALE

Managementul schimbării este procesul de sprijinire a instituțiilor medicale în procesul de a implementa favorabil schimbarea.

Tipuri de schimbare.

Se descriu mai multe tipuri de schimbare. După C. Handy, schimbarea poate fi indusă: de rutină, pentru a face față unei crize, inovatoare sau de transformare a organizației într-un sistem social foarte diferit.

1. *Schimbarea de rutină.*

Acest tip de schimbare este frecvent întâlnit în organizații, fiind cel care rezolvă problemele, menține status-quo-ul prin restabilirea continuă a echilibrului, readuce deviațiile înapoi la normal. Obiectivul ei este menținerea pe linia de plutire – să nu se scufunde vaporul. Vaporul va pluti atâta timp cât apele sunt liniștite.

2. *Schimbarea în criză.*

Aceasta are loc atunci când apare pe neașteptate o deviație în buna funcționare a organizației, care necesită o corectare imediată, neexistând timp de consultare. În astfel de cazuri, sunt necesare decizii rapide, care să restabilească echilibrul. Deciziile sânt centrale și unilaterale, pentru moment indivizii fiind dispuși să-și schimbe comportamentul radical, ca să facă față crizei.

Acest tip de schimbare este de scurtă durată, radical și poate fi comparat cu stingerea unui incendiu izbucnit pe neașteptate. Pompierul este omul zilei – vine, dă ordine, stinge focul și pleacă.

3. *Schimbarea inovatoare.*

Acest tip de schimbare folosește metoda de încercare și eroare, se bazează pe creativitate și duce la aplicarea de noi metode de lucru. Anumite situații încurajează inovarea:

- structurile plate, nebirocratice;
- presiunile externe mari;
- descentralizarea puterii;
- existența unei formalizări minime;
- accentul pe calitate mai mult decât pe volum;
- satisfacția mare în muncă;
- politicile de personal ce permit inițiativa;
- existența unor resurse garantate.

4. *Transformarea.*

Este o schimbare radicală ce duce la apariția unei organizații total diferite, ea vizează sincronizarea simultană dintre cultura și structura organizației, se caracterizează prin faptul că schimbarea pornește de la vârf, unde există întotdeauna o

viziune, iar echipa managerială de la vârf este nouă şi în stare să ia decizii strategice, fără să se implice sentimental. De asemenea, în organizaţie există posibilitatea mişcării masive de personal.

Realizarea managementului schimbării este unul din rolurile majore, pe care le poate avea un manager într-o organizaţie. Pentru a înţelege cum se schimbă organizaţiile, managerii trebuie să înţeleagă mai întâi cum se schimbă indivizii. Ideal, la nivel individual devenim mai întâi conştienţi de necesitatea schimbării, apoi ne formăm o atitudine faţă de această schimbare, iar la sfârşit ne modificăm comportamentul pentru a ne adapta schimbării.

Fiecare individ parcurge acest ciclu într-un mod particular, în funcţie de o serie de factori, precum natura schimbării, personalitatea individuală, experienţa şi abilitatea de a adopta noul comportament solicitat de schimbare. Organizaţiile parcurg un ciclu al schimbării, care reprezintă modificările agregate ale comportamentului tuturor membrilor componenţi. Adoptarea unei noi idei într-o organizaţie are forma unei sinusoide: la început doar puţini indivizi adoptă ideea; pe măsură ce timpul trece, se mai adaugă câţiva, realizarea unei mase critice de agenţi ai schimbării necesitând o perioadă mai lungă de timp.

Din acel moment, adoptarea ideii/schimbării de către ceilalţi membri ai organizaţiei va fi mult mai rapidă, până în momentul, în care majoritatea organizaţiei va adopta schimbarea.

Tot acest comportament a fost structurat de către Roger şi Shoemaker, într-o teorie a schimbării, care are la bază următoarele ipoteze:

- fiecare persoană aparţine unei reţele sociale care-i va influenţa comportamentul;
- oamenii sunt influenţaţi de oameni;
- locul ocupat de o persoană într-o astfel de reţea (lider, executant etc.) este un bun predictor al modului în care respectivul va accepta schimbarea;
- contactele informale, alături de cele oficiale, sunt vitale pentru schimbări reuşite;
- schimbarea necesită timp pentru a se produce.

Ţinând cont de aceste aspecte, se consideră util, din punct de vedere managerial, ca o nouă idee să fie testată la nivelul liderilor de opinie din organizaţie. Dacă aceştia acceptă noua idee, ei pot servi ca agenţi importanţi ai schimbării, putând convinge şi modifica comportamentul celorlalţi membri ai organizaţiei.

În acelaşi timp, un manager trebuie să aibă în vedere şi pe cei care se opun schimbării şi să fie conştient de multitudinea formelor de rezistenţă la schimbare: de la chestionarea autorităţii, dezaprobarea metodologiei şi/sau a obiectivelor şi rezistenţa pasivă până la apărarea deschisă a status-quo-ului.

Rezistenţa poate avea atât rădăcini interne, cât şi externe. Uneori rezistenţa reflectă constrângerile inerente oricărui efort de schimbare: lipsa de timp, de fonduri, de personal, de materiale etc. Rezistenţa poate apărea şi ca opoziţie legitimă – un punct de vedere alternativ, cu alte obiective sau strategii. Uneori rezistenţa apare ca urmare a insecurităţii personale, a lipsei de înţelegere a celor ce vor avea loc sau pur şi simplu ca urmare a complianţei la situaţia existentă. Rareori există rezistenţă fără motive. Managerul trebuie să identifice sursele de rezistenţă la schimbare şi cauzele acestei atitudini, pentru a putea să facă faţă cu succes.

3.2. DESCRIEREA MANAGEMENTULUI SCHIMBĂRII

Dintre numeroasele metode ale managementului schimbării, printre cele mai cunoscute este metoda descrisă de Mintzberg, care se referă la:

- abordarea empirico-raţională;
- abordarea normativ-educativă;
- abordarea coercitivă;
- abordarea consensuală.

Abordarea empirico-raţională.

Postulatul de bază al demersului dat susţine că oamenii sunt fiinţe raţionale, care sprijină schimbările dacă li se demonstrează argumentat necesitatea acestora. Pentru fiecare efort de schimbare, managerul trebuie să realizeze o motivaţie bine documentată şi să o comunice pe cât mai multe căi posibile. Trebuie de menţionat că până şi un demers raţional va genera rezistenţă la schimbare, iar rezistenţa nu este totdeauna raţională, aşa că va trebui să fie utilizate şi alte abordări pentru schimbare.

Cele mai cunoscute exemple de asemenea acţiuni sunt reprezentate de campanii de sensibilizare, conferinţe, cursuri de formare. Avantajele principale asociate acestei abordări ţin cont de faptul că astfel se poate permite abordarea unui mare număr de persoane în acelaşi timp; totodată este şi o abordare susţinută şi valorizată de cultură democratică.

Ca dezavantaje principale, se citează o mai mică eficacitate în cazul în care schimbarea dorită necesită modificarea unor atitudini cu componente afective – lipseşte „feed-back-ul", care să permită adaptarea agentului schimbării, având în vedere că în această abordare comunicarea este mai ales unidirecţională, de la agentul schimbării către destinatar.

Abordarea normativ-educativă.

Postulatul de bază afirmă: comportamentul individual este condiţionat mai ales de normele socio-culturale, de atitudini şi valori. Ca o consecinţă, pentru a realiza schimbări, trebuie iniţiată educaţia indivizilor pentru deprinderea de noi valori, norme şi atitudini, punându-se accentul pe implicarea personală şi lucrul în grupuri restrânse numeric.

Ca exemplu de acţiune utilizând această abordare se poate cita experimentarea unor noi modalităţi de lucru – cel mai cunoscut exemplu fiind „proiectele pilot" care încearcă schimbarea unei stări existente la o scală redusă, cu dublul scop de a testa validitatea modificărilor dorite şi de a induce schimbările la nivelul indivizilor.

Avantajul acestui demers este că abordează schimbarea atitudinilor, fapt ce poate facilita, în caz de reuşită, o adeziune reală, de fond, la schimbarea dorită.

Dezavantajul principal este acela că solicită, de obicei, efort susţinut şi timp îndelungat: modificarea atitudinilor are o puternică componentă subiectivă, ceea ce face ca uneori această abordare să fie mai delicată.

Abordarea coercitivă.

Conform acestei abordări, persoanele care au puterea de decizie trebuie să decidă, iar cele care nu au putere trebuie să accepte schimbarea. Consecutiv acestui postulat, pentru a produce schimbarea, trebuie mai întâi obţinută puterea necesară, de care managerul să se poată servi apoi. Managerul trebuie să recunoască faptul

că puterea este exercitată în toate relațiile interumane şi că unele conflicte de putere sunt deseori inevitabile, necesitând strategii specifice pentru aplanarea lor. Trebuie de ţinut cont şi de faptul că, dacă puterea este utilizată pentru inițierea schimbării, va fi necesar ca întreg procesul de schimbare să se bazeze pe o sursă stabilă de putere pentru a fi menţinut.

Un exemplu poate fi cazul directorului unei instituții, care modifică fişa posturilor (cu sarcinile corespunzătoare) angajaților şi care decide ca acestea să intre în vigoare imediat, fără nici o consultare prealabilă a angajaților, în virtutea prerogativelor funcţiei sale.

Această abordare poate fi avantajoasă pe termen scurt, deoarece consumă mai puțin timp şi energie decât alte abordări, fiind indicată în special în situații de urgență. Corelativ acestui avantaj este faptul că pe termen lung se creează rezistență la schimbare, conducând aproape invariabil la deteriorarea climatului de muncă.

Abordarea consensuală.

Această abordare postulează că oamenii doresc să coopereze şi, dacă sunt făcuţi să participe la proces, vor face tot posibilul pentru reuşita schimbării dorite şi de ei şi la care au participat efectiv. Prin urmare, este important, atunci când se doreşte o schimbare, ca toţi actorii implicați să participe la luarea deciziilor. Abordarea consensuală nu semnifică neapărat luarea deciziei prin consens, ci se referă la modul de participare (prin consultare).

Ca exemple în care o asemenea abordare este utilizată pot fi citate echipele de lucru multidisciplinare, luarea deciziilor în grup, negocierea dintre grupuri. Un avantaj al celor care utilizează această abordare este apariția efectului haloului: rezolvarea unei probleme specifice poate avea impact asupra soluționării altor probleme; de asemenea, se stabileşte un climat de încredere reciprocă în echipă şi se facilitează semnificativ implementarea schimbărilor.

Principalul neajuns este acela că luarea deciziilor necesită timp şi efort. Ca atare, este dificil de a le aplica atunci când între interesele şi obiectivele actorilor există divergențe semnificative, iar uneori pot apărea „false consensuri", caz ce va duce evident la nesoluţionarea problemelor.

Factorii ce influențează alegerea unei anumite abordări.

În literatura de specialitate sunt identificate două categorii de factori ce trebuie luați în considerare atunci când se alege o anumită abordare în vederea schimbării:

I. Factori direct legați de respectiva schimbare:

1. Gradul, în care agentul schimbării posedă informațiile necesare implementării schimbării.
2. Gradul de adeziune necesar pentru implementarea schimbării.
3. Urgența schimbării.
4. Reacţiile anticipate ale destinatarilor schimbării.
5. Cantitatea resurselor disponibile.
6. Gradul de convergență dintre obiectivele agentului şi cele ale destinatarilor schimbării.

II. Factori de mediu indirect asociați cu schimbarea.

1. Cultura organizațională.
2. Gradul de complianță/acceptare al agentului schimbării față de diferitele abordări.
3. Factorul fundamental – puterea.

3.3. CARACTERISTICILE SCHIMBĂRII

Prin definiţie, schimbarea este un proces, în care condiţiile se modifică de la un moment la altul. Acest proces are propria dinamică, indiferent dacă modificarea produsă este bună sau nu, dorită sau nu, iar managerii trebuie să ţină cont de acest aspect. Uneori managerul poate altera schimbarea în sine, cu scopul de a o face mai uşor acceptabilă.

Se consideră, că o schimbare este mai uşor acceptată dacă are următoarele caracteristici:

– prezintă un avantaj relativ, ce poate fi determinat utilizând un set de întrebări ca:

- Este noua idee mai bună decât cea din prezent?
- Este mai convenabilă din punctul de vedere al prestigiului social, economic sau al satisfacţiei individuale?

Cu cât vor fi mai multe răspunsuri pozitive la aceste întrebări din partea a cât mai multor membri ai organizaţiei, cu atât avantajul relativ va fi mai mare şi schimbarea va fi mai uşor acceptată:

– este ***compatibilă*** cu valorile şi normele organizaţionale existente, cu experienţa şi nevoile membrilor organizaţiei;

– are un grad de ***complexitate*** adaptat organizaţiei, este sau nu dificil de înţeles, de utilizat sau necesită calităţi speciale. Desigur, trebuie ţinut cont de faptul că pot exista idei uşor de înţeles şi de implementat, dar care nu furnizează o soluţie adecvată problemei organizaţiei;

– se poate preta la ***testări/experimentări:*** dacă modificarea/schimbarea poate fi testată într-un departament/sector limitat al organizaţiei înainte de a fi implementată la nivelul întregii organizaţii. Acest aspect este important mai ales când rezultatele aşteptate sunt riscante sau nesigure, utilizarea unui experiment putând facilita ajustările necesare;

– este ***observabilă:*** modificările rezultate în urma procesului de schimbare sunt vizibile şi măsurabile.

Strategii clasice ale procesului schimbării:

1. strategia ierarhică „de sus în jos" („top-down");
2. strategia în „focare contaminante";
3. strategia „cleştelui".

1. Strategia ierarhică.

Este o strategie globalizantă şi integrativă, care ia în considerare, în acelaşi timp, toate dimensiunile organizaţiei. Este simultan şi o abordare ierarhică, bazându-se pe un proces de implicare progresivă ce cuprinde succesiv superiorii ierarhici şi toţi subordonaţii lor. Se apreciază a fi o strategie formală şi constrângătoare de vreme ce expune clar dorinţa conducerii şi solicită participarea tuturor membrilor în mod obligatoriu.

Pentru a avea şanse de reuşită, necesită o implicare puternică, directă şi constantă a managerilor de nivel superior, ca şi o conducere centralizată la nivelul organizaţiei, cu implicarea unui manager puternic, care să poată „înfrânge" rezistenţa membrilor organizaţiei, care apare aproape constant în aceste situaţii.

Implementarea necesită multe resurse, deseori făcând apel la sprijin provenit din resurse externe (de exemplu, formare, comunicare, consultanţă). Managerii,

care favorizează utilizarea acestei strategii, trebuie sa aibă în vedere că aceasta solicită un anumit grad de răbdare înainte de perceperea unor rezultate tangibile.

2. Strategia în focare contaminante.

Se caracterizează printr-o abordare sectorală, identificând unități specifice (regiuni, direcții, funcții, servicii etc.), și prin caracterul mai orientat, implicarea și acțiunea sa bazându-se pe elemente specifice și pe termen scurt. De asemenea, este descrisă ca o strategie, cu o latură experimentală, care lasă mai mult spațiu inițiativei și dorinței personale în implicarea în procesul de schimbare.

În fine, este considerată mai democratică – acordă mai mult interes voinței și ritmului propriu fiecărui individ în adaptarea la schimbare – și mai emulativă, bazându-se pe presiunea exercitată de colegi și pe succesele (parțiale/secvențiale) obținute ca modalitate de accelerare a schimbării.

Din punct de vedere operațional, necesită implicarea unui manager de nivel superior și a managerului „unității" implicate și se bazează pe o conducere descentralizată; ca orice abordare, care se bazează pe flexibilitate managerială, necesită mult efort imaginativ, care să stimuleze participarea voluntară.

Un sprijin în acest demers este reprezentat de așa-numita „calitate a evidenței", adică cunoașterea unui succes poate fi un exemplu stimulativ pentru restul organizației. Acest aspect implică, însă, o foarte bună comunicare internă pentru a putea face cunoscute succesele, a propaga activitățile, a împărtăși experiențele etc.

Rezultatele obținute sunt mai rapide, dar și mai modeste. Este caracteristic faptul că necesită respectarea ritmului de lucru individual și al grupurilor din organizație. Comparativ, necesită mai puține resurse decât strategia anterioară.

3. Strategia „în cleşte".

Este o strategie mixtă bazată pe eforturi concentrate asupra capacității de coordonare ale nivelurilor manageriale superioare și asupra angajării în activități imediate a unor sectoare operaționale. În același timp, are specificitate de nivel: nivelul managerial superior inițiază, planifică și coordonează schimbarea, care este implementată și experimentată direct la nivelul operațional.

Din punctul de vedere al impactului, solicită o implicare puternică a managementului superior și necesită un management combinat la nivel sectoral și la nivel organizațional, din acest punct de vedere făcând apel la elemente întâlnite în strategiile anterioare.

Trebuie menționat că aceste abordări și strategii pot fi combinate astfel încât să poată fi adaptate nevoilor organizației. Prin urmare, pentru aceeași organizație, pot exista mai multe abordări, succesive sau concomitente, alegerea lor trebuind să țină cont de aspectele menționate anterior, neexistând însă „tipare" care să ducă indubitabil la o soluție corectă sută la sută, flexibilitatea și deschiderea trebuind să fie, și în acest caz, caracteristicile de bază ale managementului.

În sfârșit, dacă considerăm schimbarea unei organizații ca pe un proiect specific, atunci, indiferent de abordarea și strategiile alese, managerul trebuie să urmeze o secvență de etape, ca aceea pe care o vom prezenta în continuare, soluția găsită pentru fiecare etapă condiționând succesul de ansamblu al schimbărilor dorite:

1. Identificarea problemei: Care este de fapt problema sau de ce dorim să schimbăm?
2. Colectarea informațiilor: Care sunt informațiile indispensabile?

3. Definirea obiectivelor: Ce vrem să realizăm?
4. Generarea de soluţii alternative: Câte modalităţi diferite de a rezolva problema identificată există?
5. Analiza alternativelor: Care este cea mai potrivită?
6. Planificarea acţiunilor: Cum poate fi implementată opţiunea aleasă?
7. Realizarea schimbării: Implementarea soluţiei.
8. Evaluarea rezultatelor: În ce măsură acţiunea soluţionează problema iniţială? Ce urmează?

Sintetizând, managementul schimbării trebuie să caute răspuns la următoarele întrebări:

- De ce? (scop/declaraţie de intervenţie).
- Ce? (obiective).
- Cum? (activităţi).
- Unde? Cine? Când? (plan de acţiune).

Succesul schimbării va depinde şi de concordanţa dintre resursele disponibile, nevoile profesioniştilor şi cererile clienţilor.

Indiferent de abordarea şi strategia utilizată, credem că ar fi util ca managerii angajaţi în procesul schimbării să-şi alcătuiască o listă de control, cu elementele-cheie în acest proces, care ar putea arăta ca cea de mai jos.

3.4. GHID PENTRU MANAGEMENTUL SCHIMBĂRII

– Realizarea unei schimbări susţinute necesită un angajament şi o conducere puternică la cel mai înalt nivel.

– Structurarea şi operaţionalizarea procesului de schimbare poate fi utilă pentru a încerca ordonarea elementelor schimbării; în acest scop, următoarea ecuaţie poate fi utilă pentru manageri: S=A+B+D>C, unde: S – schimbarea, A – nivelul de insatisfacţie, B – cât de reală este obţinerea schimbării, D – care este viziunea, direcţia, C – costurile schimbării. Altfel spus, schimbarea ar fi posibilă dacă există insatisfacţie faţă de starea prezentă, dacă există o viziune privind noua stare dorită, dacă schimbarea este realistă şi dacă suma acestor factori este mai mare decât costurile schimbării (inclusiv costurile umane).

– Este necesară înţelegerea culturii organizaţiei şi a mecanismelor considerate a fi cele mai adecvate pentru schimbare în cultura respectivă

– Persoanele, care se ocupă de administrarea schimbării la toate nivelurile, trebuie să aibă temperament şi aptitudini de conducător adecvate condiţiilor din organizaţie şi strategiilor schimbării.

– Este important să se creeze un mediu de lucru, care să fie favorabil schimbării. Aceasta înseamnă dezvoltarea instituţiei ca o organizaţie de „învăţământ" şi de formare.

– Deşi poate exista o strategie generală pentru schimbare, cel mai bine este ca aceasta să fie asumată incremental – pas cu pas (cu excepţia situaţiilor de criză). Programul schimbării va fi detaliat în segmente active, pentru care angajaţii vor fi responsabili.

– Sistemul de recompensare va încuraja inovaţia şi va recunoaşte succesul în realizarea schimbării.

– Schimbarea va implica întotdeauna viitorul, precum şi reuşita. Trebuie să ne aşteptăm la eşecuri şi să învăţăm din ele.

– Evidenţa şi informaţiile clare privind necesitatea schimbării sunt instrumentele cele mai puternice pentru realizarea acesteia, dar este mai uşor să se stabilească necesitatea pentru schimbare decât să se ia decizia de realizare a acestei schimbări.

– Este mai uşor să schimbi comportamentul prin procesul, structura şi sistemele schimbării decât să schimbi atitudinile sau cultura generală.

– Întotdeauna vor exista în organizaţii persoane, care consideră binevenite provocările şi ocaziile favorabile, pe care schimbarea le poate furniza. Aceştia sunt agenţii schimbării.

– Rezistenţa la schimbare este inevitabilă dacă indivizii implicaţi consideră că se îndreaptă – implicit sau explicit – spre situaţii contrarii. Rezistenţa se poate manifesta prin mai multe tipuri de reacţie posibile: indiferenţa prin: apatie, lipsă de interes, contribuţie minimă în implementarea schimbării; rezistenţa pasivă prin: comportament regresiv, refuzul de a învăţa, proteste, lucru doar la ordin; rezistenţa activă prin: muncă minimă, încetinirea procesului, comiterea de erori intenţionate, sabotaj. Un management inadecvat al schimbării va putea produce o serie dintre aceste tipuri de reacţie. Totodată, trebuie conştientizat faptul că rezistenţa reprezintă un comportament firesc pentru majoritatea celor care vor să păstreze status-quo-ul atunci când schimbarea presupune incertitudine şi necunoscut.

– Într-o epocă a competiţiei generale, a inovaţiei tehnologice, a confuziilor, chiar a haosului, schimbarea este inevitabilă şi necesară. Organizaţia trebuie să facă tot ce îi stă în putinţă pentru a explica de ce schimbarea este esenţială şi cum va afecta întreg personalul. În plus, trebuie să se facă orice efort pentru protejarea intereselor celor afectaţi de schimbare. Deşi schimbarea nu este în totalitate un proces raţional, ea trebuie prezentată sub formă raţională şi evaluată pe baza unor criterii de performanţă care s-au schimbat.

MANAGEMENTUL PROIECTELOR

Managementul proiectelor înglobează practic elemente din toate ariile managementului, unul din principalele rezultate aşteptate de la un bun manager fiind, de fapt, buna gestiune a proiectelor, *prin proiect,* în sens larg, înţelegând *un ansamblu de activităţi interdependente ce au ca scop producerea unor modificări într-un mediu dat.*

Fiind un subiect vast şi important, o continuare a managementului schimbării, managementul proiectelor va fi prezentat succint, logic şi raţional sub formă de întrebări, pe care ar trebui să le aibă în vedere orice manager atunci când doreşte realizarea cu succes a unui proiect sau, în sens mai general, rezolvarea managerială a unor probleme apărute în cadrul unei organizaţii.

4.1. ETAPELE GENERALE ALE MANAGEMENTULUI PROIECTELOR

1. Definirea problemei care trebuie rezolvată.
2. Strângerea informaţiilor esenţiale necesare.
3. Definirea obiectivelor pe care dorim să le realizăm.
4. Generarea de soluţii alternative şi căutarea căilor de rezolvare a problemei.
5. Judecarea alternativelor şi selectarea alternativei optime de rezolvare a problemei.
6. Planificarea acţiunilor de implementare a ideilor pentru rezolvarea problemei.
7. Realizarea acţiunii: implementarea soluţiei alese.
8. Evaluarea rezultatelor: în ce măsură am soluţionat problema? Ce urmează?

4.1.1. DEFINIREA PROIECTULUI ŞI COLECTAREA INFORMAŢIEI

Etapa 1/2. Această etapă mai este cunoscută sub denumirea de *„analiză de situaţie".* Una din cele mai utilizate metode pentru realizarea acestei analize este cea cunoscută sub numele de SWOT („strengths, weaknesses, opportunities, threats"), care examinează punctele tari şi slăbiciunile interne ale organizaţiei, precum şi oportunităţile şi ameninţările existente în mediul extern.

Analiza SWOT este un instrument de lucru, prin care se analizează atât mediul intern al organizaţiei, cât şi mediul extern, în vederea cunoaşterii punctelor slabe şi a celor tari ale organizaţiei şi mediului, în care aceasta funcţionează. Se va face o analiză detaliată a situaţiei şi se va sintetiza cât mai relevant.

Pentru mediul intern se listează în stânga punctele tari şi în dreapta punctele slabe. Pentru mediul extern se listează în stânga oportunităţile şi în dreapta ameninţările din mediu.

Spre exemplu, o organizaţie socio-medicală, precum un leagăn de copii (această instituţie va fi folosită ca exemplu de mai multe ori pe parcursul lucrării datorită

caracterului său interdisciplinar social şi sanitar), poate avea o analiză SWOT ca cea din *tabelul 55*.

Tabelul 55

Analiza SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats)

MEDIUL INTERN – Organizaţia	
Puncte tari • echipă managerială competentă şi motivată; • aderarea personalului la acordarea de îngrijiri globale personalizate.	**Puncte slabe** • personal insuficient numeric; • structură inadecvată; • lipsă de asistenţi sociali, educatori, puericultori şi psihologi.
Oportunităţi • lipsa concurenţei; • nevoi socio-medicale nesatisfăcute.	**Amenințări** • competiţie cu alte sectoare bugetare pentru resurse; • mentalitatea neparticipativă a comunităţii.
MEDIUL EXTERN	

Astfel, putem avea o imagine sintetică a organizaţiei şi mediului, care ne va ajuta la luarea diferitor decizii. Analiza SWOT poate fi folosită şi atunci când ne gândim să definim politica serviciilor sociale sau socio-medicale.

În această etapă trebuie să se răspundă la mai multe întrebări:

– Ce nu merge bine? Pot fi identificate deviaţii de la standardele de performanţă utilizate?

– Este această problemă suficient de importantă ca să justifice eforturile necesare rezolvării ei? De ce?

– Ce situaţii specifice fac ca aceasta să fie o problemă importantă? Când şi cum au apărut aceste situaţii şi cine este implicat?

– Există anumite circumstanţe ce ar putea sugera anumite cauze ale problemei?

– Care sunt informaţiile esenţiale ce trebuie obţinute? Cum pot fi obţinute şi cu ce costuri? Informaţiile suplimentare ajută la clarificarea problemelor reale?

– Este grupul de lucru implicat în soluţionarea problemei satisfăcut de modul, în care problema a fost definită în lumina informaţiilor disponibile?

4.1.2. DEFINIREA OBIECTIVELOR

Etapa 3. Trebuie avute în vedere diferenţele dintre scopuri şi obiective. Astfel, *scopul* este reprezentat de către rezultatul favorabil aşteptat de la un proiect, nefiind necesar a fi cuantificabil sau măsurabil în termeni operaţionali. *Obiectivul* este rezultatul dorit al unei activităţi sau rezultatul final al unui proiect. Este necesar ca obiectivele să fie cuantificate şi să se stabilească limite de timp pentru atingerea lor.

– Ce urmează să fie obţinut? Care sunt obiectivele acestei activităţi? (trebuie avute în vedere atât aspectele umane, cât şi cele tehnice).

– Sunt aceste obiective realiste? Merită ele eforturile implicate de atingerea lor? Trebuie să încercăm rezolvarea întregii probleme sau doar a unei părţi a ei? Există o secvenţialitate în timp a obiectivelor?

– Care sunt criteriile de apreciere a rezultatului efortului depus?
– Cum vor fi adunate informaţiile necesare judecării succesului acţiunii?
– Obiectivele stabilite au acordul deplin al celor, care lucrează pentru atingerea lor?

4.1.3. GENERAREA DE SOLUŢII ALTERNATIVE

Etapa 4. *La câte căi diferite vă puteţi gândi pentru rezolvarea problemei?* (utilizarea de metode calitative de grup, precum „brainstorming", „focus-group", „Delphi").

Ca exemplu, vom prezenta succint două dintre aceste metode.

Tehnica „Delphi" este bazată pe consens. În esenţă, se bazează pe obţinerea consensului într-un grup de reprezentanţi ai planificatorilor, furnizorilor, consumatorilor şi politicienilor. Membrii grupului interacţionează printr-un intermediar. Acest aspect permite participanţilor să-şi prezinte opinia fără să fie influenţaţi de prezenţa unor persoane cu un status sau prestigiu ridicat (cum s-ar putea întâmpla într-un contact direct); membrii grupului nu cunosc identitatea celorlalţi membri în timpul procesului. Ei trebuie să aibă pregătiri eterogene, astfel încât subiectul abordat să aibă parte de o analiză cât mai comprehensibilă; se consideră că metoda „Delphi" este o abordare utilă mai ales în situaţiile, în care complexitatea subiectului abordat este crescută şi resursele disponibile sunt reduse.

Focus-grupurile sunt o abordare asemănătoare celei anterioare, diferenţa majoră fiind faptul că membrii grupului au contact direct, şi nu prin intermediari; de obicei, problema analizată este mai focalizată, de amploare mai redusă.

Există manuale şi ghiduri detaliate pentru o gamă largă de asemenea metode ce se pot utiliza cu succes în managementul serviciilor socio-medicale.

4.1.4. JUDECAREA ALTERNATIVELOR

Etapa 5. În această etapă se studiază practic validitatea relaţiei, care există între obiectivele intervenţiei preconizate şi mijloacele mobilizate, pe de o parte, dacă „teoria", pe care se bazează intervenţia este adecvată şi, pe de altă parte, dacă resursele sunt adecvate cantitativ şi calitativ. Pentru aceasta, se poate utiliza o abordare, precum cea de mai jos.

– Care din aceste idei merită dusă mai departe? Poate vreuna din ele să fie rapid eliminată?
– După ce criterii poate fi apreciată o soluţie ca eficientă?
– Care sunt opţiunile, care îndeplinesc cel mai bine aceste criterii?
– Care sunt implicaţiile soluţiilor noastre (în timp, bani şi impact organizaţional)? Există o soluţie, care să întrunească acceptarea generală?
– Care este beneficiul potenţial al soluţiei alese (cât ar ajuta la rezolvarea problemei în discuţie dacă ar fi implementată)?
– Cât este de realizabilă, aplicabilă alternativa?

4.1.5. PLANIFICAREA ACŢIUNILOR

Etapa 6. Planificarea are de multe ori înţelesuri diferite pentru cei care utilizează acest termen. În general, prin planificare se înţelege *„realizarea unor obiec-*

tive prestabilite cu ajutorul unor acțiuni întreprinse într-o secvență ordonată și prestabilită". În domeniul social și sanitar sunt descrise diferite tipuri de procese de planificare: planificare pentru rezolvarea problemelor, pentru alocarea resurselor, pentru standardizarea procedurilor de lucru etc. De obicei, toate aceste forme implică trei dimensiuni: *planificare strategică, tactică* și *operațională.*

Planificarea strategică urmărește fixarea scopurilor pe termen mediu sau lung și stabilirea priorităților programelor de acțiune în funcție de problemele identificate.

Planificarea tactică se ocupă de fixarea obiectivelor specifice, în general pe termen scurt, precum și determinarea modalităților de atingere a acestora.

Planificarea operațională stabilește obiectivele operaționale, determinând totodată activitățile și resursele necesare. O variantă restrânsă a programului este proiectul; el cuprinde mai puține obiective și are o durată mai scurtă. De exemplu, un program de protecție materno-infantilă poate avea un proiect de îngrijiri prenatale, altul de reducere a mortalității perinatale, altul de planificare familială sau de prevenire a instituționalizării copilului.

Altfel spus, sunt clar definite ***elementele minime ale unui plan:*** *scopul, obiectivele, activitățile, orarul, indicii de performanță, elementele de protecție a planului.*

În această etapă pot fi utilizate tehnici de planificare ce vor fi succint prezentate în cadrul capitolului dat.

– A fost alocat suficient timp informării și consultării membrilor organizației?

– Care sunt forțele pozitive ce ar putea ajuta schimbările? Cum ar putea fi ele sprijinite?

– Care sunt forțele negative ce ar putea stânjeni schimbarea? Cum ar putea fi ele modificate?

Listarea forțelor pozitive și negative, cu valori atribuite fiecăreia, realizează așa-numita analiză a câmpului de forțe.

– Poate fi obținut sprijinul persoanelor importante pentru procesul de schimbare?

Acestea ar putea include:

- persoane care știu, adică au cunoștințele necesare;
- persoane care pot, adică au puterea necesară;
- persoane care vor, adică au implicarea necesară.
- Ar fi oare mai indicat să se utilizeze inițial un experiment limitat? (ar fi dificil pentru oponenți să nege utilitatea unui asemenea experiment, acesta putând să arate dacă planul este bun sau necesită modificări).
- Ar fi oare util să includeți în plan o perioadă de „consolidare", care să permită ca schimbările să fie mai ușor absorbite în organizație? Acest mod de abordare ar putea spori încrederea personalului în modificările dorite.

Diagrama PERT (project evaluation review technique) și metoda drumului critic sunt instrumente de planificare operațională folosite mai ales în gestiunea proiectelor.

Un alt instrument folosit în managementul proiectelor este *graficul GANTT* – denumit astfel după numele autorului – care este un instrument de planificare a timpului în cadrul proiectului. Cu ajutorul acestuia se pot reprezenta grafic activi-

tățile unui proiect, cu evidențierea întinderii în timp a fiecăreia. Se pot evidenția astfel activități simultane sau succesive.

Graficul GANTT ne ușurează urmărirea progresiei în timp a activităților. Un exemplu de grafic este reprezentat în continuare, pentru un plan de introducere a unui proiect de socializare a copiilor din leagăn și de reintegrare în familie (*tabelul 56*).

Tabelul 56

Graficul GANTT

Nr.	Activitatea	Săptămâni					
		1	2	3	4	5	6
1	Elaborare program de socializare						
2	Angajare asistenți sociali, educatori-puericultori						
3	Instruire personal						
4	Identificare voluntari						
5	Selecționare voluntari						
6	Instruire voluntari						
7	Revizuirea anchetelor sociale						
8	Recondiționare clădire						
9	Cumpărare materiale						
10	Contactarea familiilor naturale. Identificarea familiilor de plasament, adopție națională						

Metoda drumului critic (MDC) – este utilizată pentru activități repetitive, adică activități, pentru care se cunosc în principiu secvențele și duratele respective, fără o prea mare marjă de eroare. Diagrama PERT se folosește la prima planificare a unei activități.

Ambele servesc la:

– vizualizarea planificării activităților, timpului, costurilor și resurselor (care pot fi estimate pentru fiecare activitate);
– asigurarea controlului desfășurării procesului de muncă și al cheltuielilor angajate.

Diagrama PERT se bazează pe două elemente grafice simple: *cercul,* care reprezintă un eveniment (debut sau final de activitate) și în care se notează numărul evenimentului și data de sfârșit și de început (cel mai devreme și cel mai târziu), și *săgeata,* care reprezintă o activitate și se notează cu litere: a, b, c etc.

Pentru acest tip de diagramă trebuie să existe:

– o listă a tuturor activităților în ordinea succesiunii (fiecare activitate trebuie să fie legată de cea imediat precedentă);
– durata previzibilă a fiecărei activități (optimistă, pesimistă și probabilă);
– debutul cel mai devreme și cel mai târziu al fiecărei activități;
– sfârșitul cel mai devreme și cel mai târziu al fiecărei activități.

Aceste elemente servesc la construirea rețelei ansamblului activităților, cu datele de debut și de sfârșit, și cu durata, ceea ce permite determinarea drumului critic, care este pe diagramă *drumul cel mai lung.*

Pentru a crește rentabilitatea ansamblului, se încearcă scurtarea drumului critic până la obținerea unui drum optim, care minimizează timpul și costurile, menținând rezultatele (rezultate echivalente).

Există tehnici de calcul speciale.

Limite ale instrumentelor de planificare. Atenție la limitele metodei!

- Dau senzația de raționalitate absolută şi infailibilitate a instrumentelor, dar realitatea nu este atât de previzibilă!
- Instrumentele nu sunt totdeauna atât de adecvate realității în orice moment, nu există gestiunea de tip „apeşi pe buton şi se derulează programul".
- Adaptare la realitate, nu impunerea fiecărei porțiuni din plan la centimă sau la milimetru, esențial este ca managerul să poată să se adapteze constant la exigențele variabile şi evolutive ale diferitelor situații.
- Lumea este în dinamică: apare schimbarea, progresul; trebuie să poți reacționa la timp la modificările din mediu.
- Nu înăbuşiți *Creativitatea şi Inițiativa* de dragul unui instrument!
- Nu creați şi nu reîntăriți un spirit birocratic!
- Se vor prevedea controale doar în punctele nevralgice pentru a controla fluxul şi calitatea.
- Supravegherea cu suspiciune duce la neîncredere şi reacții ostile.

Slăbiciuni:

- Ipoteza pe care se bazează: cea a independenței operațiilor sau cea a activităților (altfel decât în termeni de secvență temporală);
- Considerarea unei relații liniare simple între constrângeri;
- Relația de succesiune ignoră circumstanțele viitoare încă necunoscute;
- Simplifică realitatea;
- Sunt instrumente de care trebuie să ne folosim şi nu să ne lăsăm subjugați;
- Teoria nu se potriveşte întotdeauna cu practica. Acei care aplică planul operațional (executanții) pot avea percepții diferite, de cei care concep planul.

4.1.6. REALIZAREA ACȚIUNILOR

Etapa 7. Contrar percepției comune, din multe puncte de vedere, realizarea acțiunii este cel mai puțin dificil moment din toată secvența prezentată, cu condiția ca toate etapele anterioare să fi fost realizate în mod judicios.

Un loc aparte îl ocupă **managementul timpului** de lucru, care poate fi privit atât ca o componentă a planificării, cât şi ca un element de bază al implementării, motiv pentru care vom aborda succint acest subiect, cu mențiunea evidentă că afirmațiile de aici sunt aplicabile şi etapei de planificare.

Timpul reprezintă o resursă ce poate fi utilizată, dar nu şi prelungită.

Organizarea timpului de lucru este foarte importantă pentru manager. S-a constatat şi mai sus că cu cât este mai sus în ierarhie, cu atât mai mare este partea timpului managerului controlată de alții, şi anume, de superiori, de egali, de subordonați sau de clienți.

Folosirea eficientă a timpului presupune, în primul rând, clarificarea scopului muncii şi stabilirea priorităților. Odată acestea fiind stabilite, se poate trece la identificarea activităților, care înlesnesc atingerea scopurilor prioritare, asigurarea resurselor necesare activității (atât cele materiale, cât şi cele de personal), planificarea activităților în secvență logică cu specificarea timpului alocat şi autodisciplinarea pentru a respecta planul întocmit până la atingerea scopului propus sau până când devine clar faptul că planul trebuie schimbat.

4.1.7. EVALUAREA REZULTATELOR

Etapa 8. Scopul ultim al evaluării este de a sprijini procesul de luare a deciziei, în prezent şi în viitor, fiind esenţială în stabilirea politicii organizaţionale. Evaluarea judecă intervenţiile şi compară ***rezultatele*** obţinute cu cele planificate, ţinând cont de ***resursele*** utilizate de organizaţie în ***procesul*** de producere a rezultatelor respective.

- Ce s-a intenţionat să se realizeze?
- Ce s-a realizat de fapt?
- Care este valoarea realizării?
- Ce ar trebui să urmeze?
- Ce putem învăţa din această experienţă?

Faţă de această schemă, care poate fi utilizată în circumstanţe variate, trebuie ţinut cont de specificitatea proiectelor şi a problemelor din domeniul social. Astfel, proiectele din acest sector au ca scop specific ajutarea unei populaţii-ţintă prin furnizarea celor mai adecvate servicii de susţinere a grupurilor în dificultate. Pentru a atinge acest obiectiv şi a influenţa favorabil starea de lucruri, trebuie definită cât mai clar natura problemei căreia ne adresăm prin intervenţia noastră, ca şi situaţia, pe care dorim să o modificăm, precum şi starea, la care dorim să ajungem.

Pentru aceasta, trebuie să ţinem cont de complexitatea domeniului social şi medico-social şi fie înţeleşi determinanţii demografici, economici, biologici, comportamentali sau de mediu, interacţiunea lor şi identificarea cât mai exactă a celor, care condiţionează reuşita demersului nostru. O identificare greşită a nevoilor sociale sau medicale va duce implicit la greşita identificare a serviciilor necesare, cu irosirea unor resurse, în majoritatea cazurilor limitate, fără a rezolva problema abordată.

Ca atare, un punct esenţial pentru reuşita proiectului este corecta identificare *a nevoilor*, pentru aceasta fiind indicată expertiza mai multor categorii de personal:

- definirea nevoilor de către profesioniştii din domeniu ***(nevoi normative);***
- identificarea nevoilor de către populaţia interesată ***(nevoi resimţite);***
- definirea nevoilor prin comparaţie cu o situaţie cvazisimilară explorată anterior ***(nevoi comparative).***

În sfârşit, trebuie amintită importanţa înţelegerii relaţiei ***nevoi obiective*** în acest domeniu: nevoile sociale sunt cele ce determină în principiu proiectele sociale, iar nevoile în ceea ce priveşte serviciile sociale vor fi determinate de către managerii proiectelor, ţinând cont şi de alte aspecte, nu doar de necesităţile socio-medicale, precum cel reprezentat de resursele disponibile şi cunoştinţele specifice în domeniu.

MANAGEMENTUL CERCETĂRII EVALUATIVE

5.1. DEFINIŢII, CONCEPTE ŞI METODE

Evaluarea este o activitate veche, banală şi inerentă, a însuşi procesului de învăţare. Astăzi, evaluarea este considerată un concept la modă, cu contururi neclare şi regrupând realităţi multiple şi diverse. Imediat după cel de-al II-lea Război Mondial a apărut conceptul de evaluare *(cercetare)* a programelor.

Evaluarea în domeniul sanitar se bucură de un prestigiu enorm. Majoritatea ţărilor (SUA, Canada, Franţa, Australia etc.) au înfiinţat organisme a căror sarcină este de a evalua noile tehnologii. Programele de formare, colocviile, seminarele, articolele, lucrările ştiinţifice asupra evaluării sunt nenumărate.

Dacă această abundenţă de literatură este în mod cert semnul unei nevoi, ea este şi semnul unei complexităţi a domeniului. Scopul acestui compartiment este de a propune un cadru conceptual, care să permită o vedere mai clară.

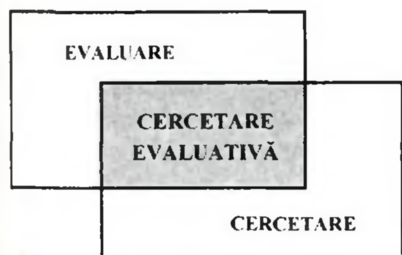


Figura 21. **Domeniul cercetării evaluative**

Evaluarea constă, în principal, în emiterea unei judecăţi de valoare asupra unei intervenţii sau a oricăreia dintre componentele sale, în scopul de a sprijini procesul de luare a deciziei. Această judecată poate să rezulte din aplicarea de criterii şi norme *(evaluare normativă)* sau să fie elaborată pornind de la un demers ştiinţific *(cercetare evaluativă)* (*figura 21*).

O intervenţie poate să facă obiectul ambelor tipuri de evaluare. Pe de o parte, se poate aprecia fiecare componentă a unei intervenţii în raport cu normele şi criteriile. În acest caz, este vorba de o *evaluare normativă.* Pe de altă parte, se poate dori evaluarea, printr-un demers ştiinţific, a relaţiilor, care există între diferite componente ale unei intervenţii. Este vorba atunci de o *cercetare evaluativă.*

Aceste definiţii permit să se constate că domeniul evaluării şi cel al cercetării nu se suprapun decât parţial. *Evaluarea administrativă* nu face parte din domeniul cercetării. Există, de asemenea, o arie din cercetare, care nu face parte din evaluare (cercetările din diverse discipline, care vizează progresul cunoştinţelor).

Pentru o mai bună înţelegere, trebuie făcute câteva precizări referitoare la o intervenţie. *Intervenţia* este constituită din ansamblul mijloacelor (fizice, umane, financiare, simbolice) organizate într-un context particular, la un moment dat, pentru producerea de bunuri sau servicii, în scopul modificării unei situaţii problematice. Aşa după cum reiese şi din *figura 22*, o intervenţie se caracterizează prin cinci componente:

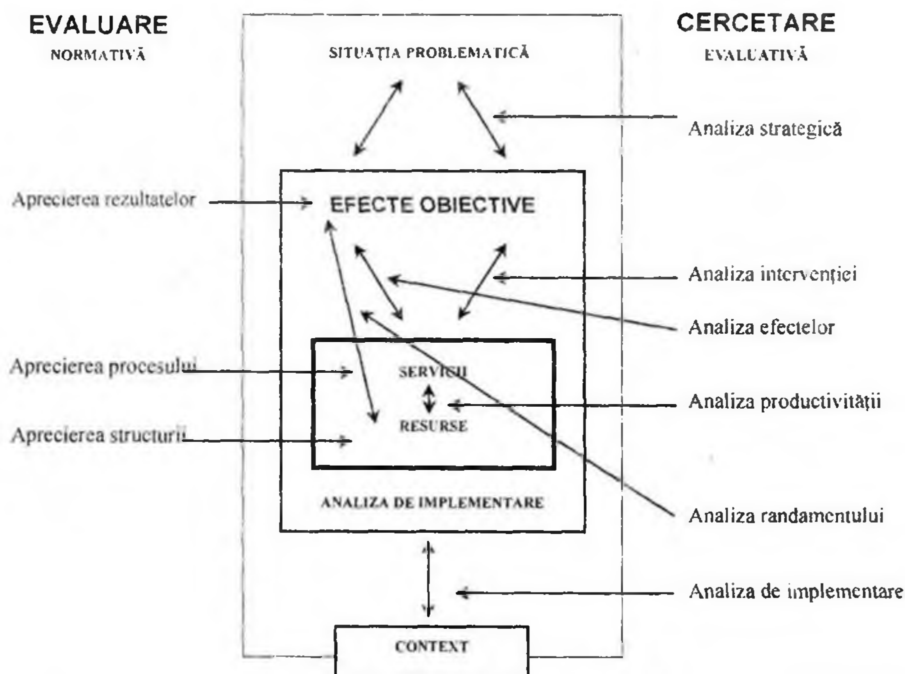


Figura 22. **Evaluarea unei intervenții**

1. obiective;
2. resurse;
3. servicii, bunuri sau alte activități;
4. efecte;
5. un context precis la un moment dat.

Ea poate fi:

– *o tehnică* (un test pentru depistarea malformațiilor fetale, un medicament, un protocol de reanimare);
– *un tratament* (un act sau un ansamblu de acte);
– *o practică* (un protocol de tratament chimioterapic în cancerul pulmonar);
– *o organizație* (un centru de dezintoxicare, o unitate sanitară);
– *un program* (dezinstituționalizarea pacienților cu afecțiuni psihiatrice, prevenirea bolilor sexual-transmisibile);
– *o politică* (promovarea sănătății, privatizarea serviciilor de sănătate).

Este necesar să se înțeleagă că nu se poate vorbi de o intervenție fără a ține cont de diferiți actori, care sunt implicați. De fapt, fiecare actor poate avea propriile obiective în legătură cu intervenția și propria evaluare.

Când avem în vedere evaluarea unei intervenții, înainte de a defini metodele specifice de evaluare a intervenției respective, suntem tentați să răspundem la următoarele întrebări:

1. Ce este evaluarea?
2. Pe care principii sunt formulate judecățile evaluării?

În mod egal, normele pot fi influențate de caracteristicile celor, care le definesc (profesioniști, beneficiari etc.).

Un alt tip de întrebări se referă la componentele şi parametrii evaluării. Cadrul propus încearcă să răspundă la următoarele trei întrebări (*figura 23*).

1. Care sunt beneficiarii vizaţi de program?
2. Care sunt furnizorii de servicii?
3. Care elemente ale programului trebuie să facă obiectul evaluării?

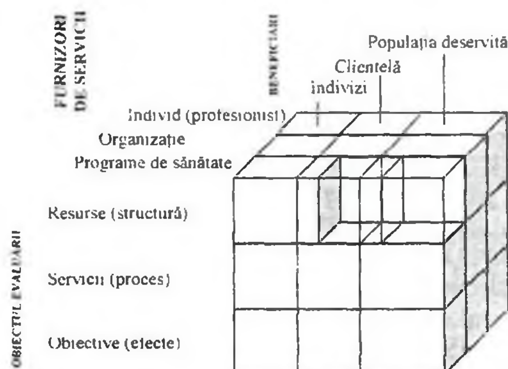


Figura 23. **Cadru de referinţă pentru evaluarea programelor de sănătate**

Ca beneficiari ai serviciilor pot fi indivizi, o clientelă mai precisă sau, bineînţeles, o populaţie-ţintă. În cazul unui program de sănătate comunitar, populaţia-ţintă constituie în general obiectul vizat prin demers; în cazul unui medic sau al unui spital, este mai degrabă vorba despre clientela acestora. În sfârşit, nivelul indivizilor poate corespunde multor altor moduri de regrupare, deoarece este evident că cele trei categorii nu sunt exhaustive.

A doua dimensiune este reprezentată de nivelul furnizorilor de servicii, profesionişti sau alţii. Aici progresul poate merge de la un simplu individ (de exemplu, un medic cu practică individuală) până la un program la nivelul sistemului sanitar. O organizaţie, cum ar fi un spital sau orice altă instituţie sanitară, poate fi în mod egal reprezentată.

În fine, al treilea parametru îl constituie cadrul conceptual şi demersul evaluativ: care elemente ale planului, ale programului sau ale sistemului de sănătate fac obiectul evaluării? Elementele programului de sănătate sunt resursele, activităţile sau serviciile şi obiectivele (generale şi specifice). Aceste trei elemente corespund cu ceea ce, în mod clasic, s-a convenit să fie denumită evaluare a structurii, procesului şi efectelor.

Înainte de a aborda aceste tipuri de evaluare, trebuie subliniată pertinenţa cadrului de referinţă prezentat pentru planificatorul de sănătate. În primul rând, acest cadru demonstrează importanţa unei bune definiri a demersului particular în raport cu aceste trei întrebări. Pe de altă parte, este evident că, dintre combinaţiile posibile, unele sunt mai importante decât altele.

Astfel, evaluarea efectelor a fost în general privilegiată atunci când este vorba de programe de sănătate. Din contra, evaluarea calităţii îngrijirilor îndeosebi a făcut obiectul evaluării „de către egali" (peer review) axată pe proces. În sfârşit, evaluarea sistemelor de sănătate a recurs mai ales la metode legate de structură. Alegerea unei abordări sau a unei metode nu răspunde în mod unic constrângerilor, dar reflectă în mod egal poziţiile ideologice ale părţii de indivizi, la care se referă. Cu toate acestea, cadrul conceptual demonstrează că toate combinaţiile sunt posibile şi el invită evaluatorul să considere tipul metodologic şi justeţea diferitor alternative înainte de a face alegerea definitivă.

5.2. RELAȚIILE DINTRE UN PROGRAM DE SĂNĂTATE ȘI EVALUARE

Evaluarea pune trei întrebări principale asupra:

1. efectelor programului, cu alte cuvinte, a gradului de atingere a rezultatelor scontate şi a altor consecinţe;
2. justeţei activităţilor;
3. corespunderii resurselor alocate.

În mod particular, trebuie notat, că fiecare obiectiv specific, activitate sau resursă constituie obiectul unei probleme de evaluare a programului. De asemenea, adecvarea resurselor specifice alocate pentru realizarea activităţilor specifice, nivelul obiectivelor şi gradul de realizare a lor sunt evaluate în raport cu activităţile specifice. Aceasta este, deci, o reţea a relaţiilor de determinare, care trebuie să fie evaluate, şi nu elemente independente unele de altele. Vom reveni asupra acestui punct atunci când vom discuta interrelaţiile dintre componentele programului.

Dacă ne referim la diferitele tipuri de evaluare menţionate în capitolele anterioare, această evaluare corespunde evaluării tactice (interne, normative) a programului. Vom aborda, în primul rând, elaborarea acestui tip de evaluare şi vom insista mai puţin pe evaluarea strategică şi evaluarea operaţională, al căror aspect managerial a fost abordat în compartimentele respective.

5.3. EVALUAREA NORMATIVĂ

Vom detalia evaluarea normativă, deoarece ea comportă mai multe elemente în raport cu evaluarea serviciilor de sănătate, evaluarea calităţii serviciilor de sănătate şi procesul de acreditare, precum şi a programelor de sănătate. Este dificil de tratat strict subiectul evaluării după categoriile de evaluare, deoarece evaluarea efectelor, de exemplu, se referă în acelaşi timp şi la evaluarea strategică şi tactică, adică, efectele se referă în egală măsură atât la rezultate, cât şi la consecinţele programelor sau serviciilor de sănătate şi la pertinenţa lor (*figura 24*).

Evaluarea normativă are ca obiect, pe de o parte, *componentele programului de sănătate* şi, pe de altă parte, *interrelaţiile dintre componente.*

Evaluarea componentelor programului:

După cum se vede din figura de sus, componentele programului sunt: resursele, activităţile şi obiectivele (rezultatele scontate). Aceste componente corespund evaluării de structură, de proces şi de rezultate.

A. Evaluarea structurii.

Evaluarea structurii trebuie să furnizeze răspunsuri la întrebări legate de cantitatea, calitatea şi angajamentul resurselor umane, materiale şi financiare ale programului.

Mai precis, întrebările formulate prin acest tip de evaluare se referă la:

– calitatea echipamentului şi a instalaţiilor materiale;
– caracteristicile organizaţiei: mărime, categorie, acceptabilitate, afiliere universitară, gradul de specializare;
– competenţa, gradul de formare şi experienţa personalului;
– disponibilitatea personalului, orele de funcţionare şi accesibilitatea;
– elemente, care favorizează continuitatea şi globalitatea serviciilor;
– bugetul.

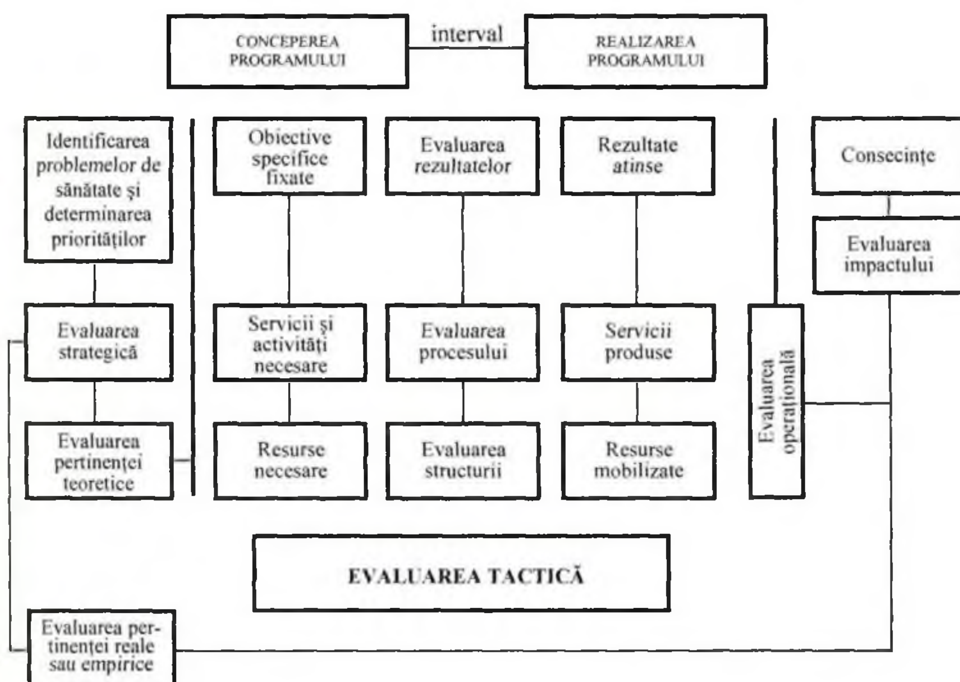


Figura 24. **Componentele programului şi diferite tipuri de evaluare**

Lista întrebărilor nu este deplină, dar ilustrează conţinutul ca atare al întrebărilor puse prin acest tip de evaluare.

În plus, este important a se nota că, în instituţiile sanitare, acest tip de evaluare nu este prea răspândit. Astfel, comitetele şi comisiile de acreditare a spitalelor şi a unităţilor sanitare îşi bazează în mod esenţial recomandările lor pe acest tip de evaluare. În mod evident, se postulează într-o astfel de intervenţie că structura este un determinant absolut necesar pentru proces şi eventual pentru rezultate. Din nefericire, validitatea acestei relaţii nu a fost demonstrată.

B. Evaluarea procesului.

Obiectul evaluării procesului îl constituie serviciile produse şi utilizate în cadrul programului. Procesul cuprinde numeroase dimensiuni.

În primul rând, evaluarea are ca obiect *aspectele tehnice,* în mod general, definite de profesionişti. În domeniul îngrijirilor de sănătate, de exemplu, se poate verifica dacă îngrijirile furnizate pacienţilor corespund normelor profesionale de „bună practică”. Se poate verifica, de asemenea, dacă diagnosticul este corect şi dacă utilizarea serviciilor, de exemplu, examenele diagnostice şi terapeutice, au fost făcute în mod adecvat. Alte aspecte, care pot fi evaluate, sunt continuitatea în servicii, globalitatea lor şi natura relaţiilor dintre beneficiari şi profesionişti. Acestea din urmă corespund mai degrabă *aspectelor interpersonale* ale serviciilor la nivelul profesioniştilor, ca furnizori de servicii, şi al indivizilor, care sunt beneficiari ai acestor servicii.

În final, evaluarea procesului poate avea ca obiect organizaţia, cu alte cuvinte, *procesele organizaţionale* puse în joc pentru a asigura accesibilitatea, continuitatea, globalitatea şi umanitatea serviciilor.

C. Evaluarea efectelor (rezultatelor)

Evaluarea efectelor poate avea ca obiect fie rezultatele specifice scontate prin program în obiectivele prestabilite, fie consecințele sau impactul programului. Primul aspect se referă la evaluarea tactică (normativă), iar cel de-al doilea la evaluarea strategică, pe care o vom trata mai târziu.

Evaluarea efectelor se raportează mai întâi la obiectivele programului, definite în termeni de stare de sănătate sau de comportamente relativ sănătoase din partea beneficiarilor vizați, atinse prin program. Noi spunem „vizate" sau „atinse" prin program, căci în cazul în care dominant este ansamblul populației vizate prin program (populația-țintă), se are în vedere evaluarea de eficacitate. Dacă este vorba doar de populația, care a beneficiat de program, se vorbește de evaluarea utilității.

Termenul de utilitate poate fi obiect de confuzie, deoarece termenul englezesc „utility" în economie și în teoria organizațiilor semnifică beneficiul resimțit de individul însuși. Pentru a reduce confuzia, s-a propus ca termenii „eficiență" (corespondent al termenului englezesc „efficacy") și „eficacitate" (corespondent pentru „effectiveness") să fie înlocuiți prin „eficacitate potențială" și „eficacitate reală" (*figura 25*). Termenii corespund la două probleme principale, la care trebuie să răspundă procesul de evaluare a efectelor:

1. Este posibil să ne îndreptăm spre aceasta?
2. În realitate ne îndreptăm spre aceasta?

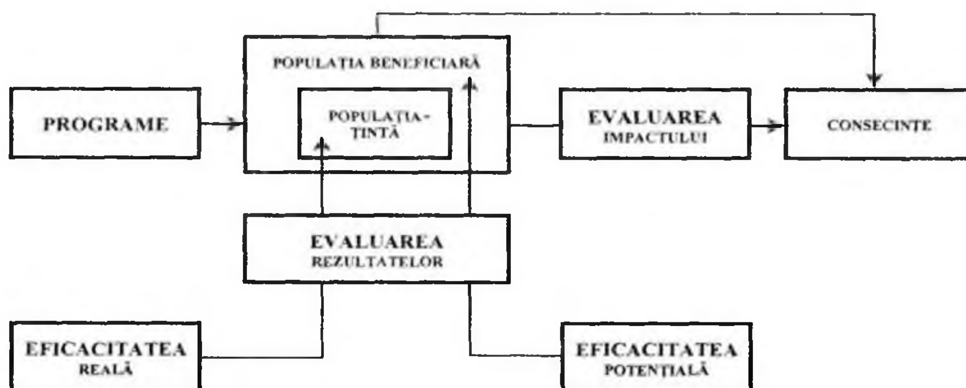


Figura 25. **Evaluarea efectelor programelor de sănătate**

Eficacitatea potențială se referă la rezultatele obținute în condiții optime, în timp ce eficacitatea reală corespunde rezultatelor obținute în situații concrete și reale unde există constrângeri. De exemplu, comportamentele beneficiarilor vizați prin program și ale profesioniștilor, care intervin, în realitate pot să nu fie optime. În plus, din diferite motive, populația beneficiară este în general mai mică decât populația vizată (gradul de penetrare).

Relația dintre eficacitatea potențială și eficacitatea reală poate fi exprimată prin ecuația următoare:

E. reală = E. potențială × procent de penetrație în populația-țintă × comportamentele reale ale beneficiarului și profesionistului.

Eficacitatea reală depinde, în primul rând, de eficacitatea potenţială definită în raport cu indivizii, care beneficiază de intervenţie, apoi de gradul de penetrare a programului în populaţia-ţintă şi, în fine, de comportamentele beneficiarilor şi profesioniştilor.

Eficacitatea potenţială este, în general, stabilită prin studii evaluative riguroase şi în condiţii experimentale precise. În plus, rezultatele unui astfel de studiu pot fi generalizate, iar eficacitatea reală se apropie atunci de eficacitatea potenţială.

Evaluarea interrelaţiilor dintre componentele unui program de sănătate.

Structură-proces-efecte.

Evaluarea unui program poate să vizeze componentele individuale, fără să se adreseze relaţiilor dintre aceste componente şi în acest caz raţionamentul, pe care se sprijină evaluarea, face apel la norme.

Pe de altă parte, evaluarea poate pune în relaţie componentele programului, această relaţie permiţând să se poarte o judecată de valoare, mai ales în utilizarea metodelor de comparare. Astfel se poate determina relaţia dintre diferite tipuri sau cantităţi de resurse şi proces sau efecte. Aşa, de exemplu, până la un punct, se pot compara efectele, pe care le determină structura unui spital asupra procesului şi rezultatelor. Se pot face analize comparative pentru spitale cu structuri diferite (spital universitar, spital judeţean, spital municipal). De asemenea, se poate demonstra că durata medie de spitalizare sau internările într-un spital (proces) au un efect mic asupra rezultatelor de îngrijire; în acest caz se poate alege infarctul de miocard. Asemenea studii sunt în mod particular utile pentru stabilirea de norme şi valori ale structurii şi procesului.

5.4. EVALUAREA CALITĂŢII MANAGEMENTULUI ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Serviciile de sănătate în Europa sunt prinse într-un mediu economic şi politic. Mediul economic are mai mult caracteristici internaţionale, iar cel politic, în primul rând, particularităţi naţionale/interne. Performanţa izolată e mai puţin utilă pentru a înţelege sistemul, fiind mult mai important de analizat performanţa în contextul de presiuni interne şi externe.

Definirea dimensiunilor performanţei.

- capacitatea unei organizaţii de a creşte nivelul performanţelor şi al rezultatelor depinde parţial de capacitatea de a măsura sistematic şi de a evalua nivelul, în care îşi îndeplineşte propriile funcţii;
- atingerea celor mai bune rezultate cu cel mai scăzut cost posibil, cu o judecare uniformă a calităţii şi valorii;
- nevoia organizaţiilor de a fi continuu focalizate pe satisfacerea nevoilor pacienţilor;
- performanţa trebuie să poată fi definită, măsurată şi să se poată ameliora.

Dimensiunile performanţei sunt legate de organizaţie, dar se regăsesc şi la nivelul fiecărui individ din organizaţie. Astfel, ca o organizaţie să facă ceea ce trebuie, înseamnă că o intervenţie trebuie să îndeplinească condiţiile:

- să fie **adecvată** – gradul în care îngrijirea este relevantă pentru nevoile clinice ale bolnavului, luând în calcul nivelul actual al cunoştinţelor;

– să fie **disponibilă** – gradul în care poate fi furnizată o îngrijire corespunzătoare pentru a satisface nevoile bolnavilor;

– să fie **eficace** – gradul în care intervenţia folosită pentru bolnav a atins rezultatele aşteptate.

La nivelul indivizilor din organizaţie, definirea şi măsurarea performanţei unei intervenţii trebuie să răspundă la întrebarea „face cum trebuie?". La acest nivel o intervenţie trebuie să asigure condiţiile legate de:

– **continuitate** – gradul de coordonare în timp a intervenţiilor diferitor practicieni;

– **eficacitate** – gradul în care îngrijirea este furnizată corect, în funcţie de nivelul cunoştinţelor actuale în domeniu şi cu scopul de a atinge rezultatele dorite pentru bolnav;

– **respect şi grijă** – gradul de implicare a bolnavului în decizia privind intervenţia, care i se va aplica, astfel încât serviciul furnizat să ţină cont de deosebirile dintre bolnavi şi să răspundă sensibilităţii şi respectului către bolnav;

– **siguranţa** – gradul în care riscurile tratamentului şi îngrijirilor sunt reduse atât pentru bolnav, cât şi pentru ceilalţi, inclusiv pentru furnizorii de sănătate;

– **oportunitate** – gradul în care serviciul este furnizat pentru bolnav la momentul cel mai potrivit.

Ameliorarea managementului calităţii.

Calitatea (*Dicţionarul Englez Oxford*) semnifică gradul de excelenţă:

– *motivul* – să existe o cultură a serviciului, în care personalul să dorească să amelioreze;

– *ocazii* – formare/educare, susţinere şi timp pentru personal cu scopul ameliorării calităţii;

– *instrumente* – metode şi concepte despre calitate.

Trebuie înţeleasă relaţia cost-cantitate-calitate la nivelul furnizării serviciilor – relaţie importantă în procesul de luare a deciziei – şi găsirea unui echilibru între aceste componente. Orice întârziere a unui răspuns rapid este, de obicei, o slăbiciune în procesul serviciului (timpul de aşteptare, întârzierile sunt indicatori de calitate).

Un set de instrumente este ameliorarea calităţii prin descrierea proceselor pentru cel mai simplu şi mai rapid circuit. Descrierea procesului: cel mai simplu şi mai rapid mod de a aduce personalul, consumatorii, informaţiile, echipamentul etc. împreună în modul corect şi în timp. Redefinirea procesului este ceea ce se întâmplă în prezent şi înseamnă a căuta calea cea mai simplă, rapidă, eficientă de a îngriji pacientul de-a lungul procesului.

Metode pentru a aprecia costul managementului de calitate slabă.

Primul pas este cuantificarea costului curent al managementului slab calitativ, urmat de împărţirea costurilor calităţii în patru categorii:

1. costurile prevenirii sunt costurile oricărei acţiuni de investigare, prevenire/reducere, defectele/eşecurile (de exemplu, costul pregătirii, salariile specialiştilor pentru calitate etc.);
2. costurile de evaluare a calităţii obţinute (timpul pentru monitorizare, recepţionare feed-back de la consumatori etc.);
3. costurile eşecurilor interne sunt definite ca eşecul în atingerea calităţii menţionate înainte ca pacientul să părăsească serviciul (lipsa de informaţii de la cei care trimit investigaţii preoperatorii incomplete etc.);

4. costurile externe ale eşecului sunt costurile date de eşecul obţinerii calităţii specificate după ce consumatorul a primit serviciul (de exemplu, timpul petrecut cu plângeri, reinternări pentru tratament inadecvat/evaluări etc.).

Costul calităţii slabe este costul consecinţelor datorate faptului că lucrurile nu sunt făcute corect de prima dată. Evaluările nu ar trebui să fie evitate din cauza lipsei informaţiilor clare, exacte, dar este important ca estimările să fie credibile. Ameliorarea calităţii conduce la reducerea costurilor, la servicii mai bune, la reducerea frustrării personalului şi dă satisfacţie muncii, eliberând energie şi creativitate.

Identificarea priorităţilor pentru procesele, care urmează să fie evaluate, se face prin:

- identificarea proceselor şi a situaţiilor unde lucrurile merg prost, unde există risipă de timp sau materiale;
- estimarea costului înlăturării problemei sau a reducerii severităţii acesteia;
- Regula Pareto: 20% din probleme produc 80% din costurile calităţii slabe.

Dar nu întotdeauna e bine să începi cu soluţionarea problemelor celor mai costisitoare; de exemplu, ce problemă e mai uşor de rezolvat pentru personal şi face munca mai puţin frustrantă?

Ciclul de corectare a calităţii reprezintă cadrul de utilizare a diferitor metode de ameliorare a calităţii şi este, totodată, un mod sistematic de rezolvare definitivă a problemelor de calitate. Ciclul cuprinde:

1. Alegerea problemei de calitate.
2. Identificarea cauzelor posibile.
3. Culegerea de date despre dovedirea cauzelor.
4. Analiza datelor pentru a găsi cauzele care contează mai mult pentru problemă.
5. Emiterea de idei despre cum pot fi înlăturate cauzele;
6. Realizarea schimbărilor şi evaluarea rezultatelor până în momentul rezolvării problemei.
7. Verificarea soluţionării cu adevărat a problemei, la care s-a intervenit înainte de a trece la următoarea problemă.

5.5. MONITORIZAREA ŞI MĂSURAREA CALITĂŢII

Monitorizarea constă în observarea activităţii trecute şi prezente în relaţie cu standardele/cu criterii implicite/explicite; înseamnă da/nu;

Măsurarea (este mai sofisticată) presupune compararea a ceva cu o unitate fixă; înseamnă „cât?". Face posibile comparaţiile cu lucruri similare în altă parte/în timp. Specificările şi standardele clare sunt o precondiţie necesară pentru măsurare. Ceea ce nu se poate măsura nu este calitate. Cea ce nu poate fi măsurat nu poate fi ameliorat. A măsura pentru altcineva este adesea mai puţin decât a măsura pentru propriile interese.

La nivel de organizaţie, principala preocupare pentru măsurarea calităţii este datorată dorinţei de acreditare a organizaţiei. Înainte de a măsura trebuie să se răspundă la întrebările: *ce trebuie măsurat?* şi apoi *ce poate fi măsurat?*

Primul pas prevede să definim ce anume dorim să obţinem prin acreditare ?

Evaluarea unui furnizor în vederea acreditării este, de obicei, făcută de o echipă formată din: medici, asistente medicale şi administratori (care sunt, de obicei, angajaţi cu normă întreagă). Echipa de evaluatori apreciază gradul de respectare a unor standarde dezbătute naţional şi publicate.

Acreditarea poate contribui la:
– asigurarea calităţii;
– evidenţierea costurilor;
– evidenţierea serviciilor, care să se utilizeze în ciclul de soluţionare a problemelor;
– ajută la focalizarea pe standarde şi rezultate (decese, complicaţii chirurgicale, rata de infecţii etc.).

Standardele trebuie să se refere la elementele-cheie ale sistemului de calitate, nu doar la programul de calitate şi audit medical şi să includă şi evenimentele santinelă. Asigurarea calităţii prezice şi previne problemele şi ameliorează continuu calitatea mai degrabă decât inspectează rezultatele, comparându-le cu standardele. Asigurarea calităţii garantează calitatea serviciului prin controlul calităţii şi prin metodele de asigurare a calităţii. Acreditarea, prin ea însăşi, nu asigură calitate ridicată pentru că nu este un sistem efectiv de calitate. Nivelul de acreditare este în concordanţă cu standardele, faţă de care este comparată calitatea serviciilor furnizate.

Măsurarea performanţelor duce cu o probabilitate mult mai mare la ameliorare când este un proces intern vs. proces extern. Organizaţiile, care activează intens pe măsurarea performanţelor pentru ameliorarea continuă a serviciilor pentru bolnav, plătitori şi alţi utilizatori, au cele mai mari şanse să-şi depăşească orice solicitare din exterior. Ignoranţa, aroganţa dintre indivizi/departamente ameninţă procesele de ameliorare.

Doar preocuparea pentru măsurarea performanţelor duce la ameliorarea acestora (tranzitorie, prin efectul de halou). Efectul trece dacă departamentele cred că măsurarea a încetat. Există cel puţin două soluţii: să continue măsurătorile/să se redefinească sistemul. Doar abordarea la un singur departament (puţin probabil) nu va putea ameliora o problemă sistemică, problemă care este a organizaţiei.

De asemenea, este importantă calitatea datelor furnizate datorită spectrului larg de activităţi ce pot fi influenţate ca rezultat al datelor. Calitatea datelor poate fi ameninţată de mulţi factori, începând de la lipsa de dorinţă, întârziere, până la scrierea de mână şi neciteţ a unui raport.

Medicii se simt ameninţaţi în autonomia lor profesională de măsurare a performanţelor. Publicul solicită tot mai mare responsabilitate şi vrea să cunoască performanţele unităţilor medicale, pentru a putea alege cele mai bune servicii.

Personalul medical are teamă de tot ceea ce înseamnă numere: acurateţea lor, neînţelegerea formulelor, prin care s-a ajuns la cifrele finale, neînţelegerea modului, în care pot fi influenţate etc; personalul trebuie educat continuu asupra modului de a utiliza numerele.

5.6. CERCETAREA EVALUATIVĂ

Se poate defini ca fiind un proces ce constă în a emite o judecată a posteriori asupra unei intervenţii cu ajutorul unei metode ştiinţifice. Mai specific, constă în analiza pertinenţei, bazelor teoretice, productivităţii, efectelor şi randamentului unei intervenţii, precum şi a relaţiilor existente dintre intervenţie şi contextul în care este plasată, în general cu scopul de a ajuta la luarea deciziei.

Cercetarea evaluativă se poate descompune în 6 tipuri de analiză. A face o cercetare evaluativă asupra unei intervenţii înseamnă, deci, a face una sau mai

multe din aceste analize. De foarte multe ori se apelează la mai multe strategii de cercetare, luându-se în calcul perspectivele diferitor actori afectaţi de intervenţia respectivă.

5.6.1. ANALIZA STRATEGICĂ

În această etapă se analizează pertinenţa intervenţiei, adică gradul de adecvare strategică între intervenţie şi situaţia problematică, de la care s-a pornit.

Trebuie răspuns la următoarele întrebări:

- este necesară (pertinentă) intervenţia pentru această problemă, ţinând cont de toate celelalte probleme existente?
- este bine, ţinând cont de strategia de intervenţie stabilită, să se intervină în acest mod?

Altfel spus:

- factorul de risc asupra căruia se aplică intervenţia este cel mai important?
- populaţia-ţintă aleasă este cea mai expusă?
- resursele puse în joc sunt cele mai bine adaptate?

Această analiză implică studiul modului de identificare a situaţiei problematice, ceea ce cuprinde metodele folosite pentru aprecierea nevoilor, a gradului de prioritate al problemei de sănătate aleasă în raport cu ansamblul problemelor identificate, precum şi a pertinenţei intervenţiei în raport cu toate intervenţiile posibile.

Analiza strategică a unei intervenţii se poate realiza plecând de la studiul pieţei, al nevoilor, al metodelor de determinare a priorităţilor etc.

5.6.2. ANALIZA INTERVENŢIEI

Analiza intervenţiei constă în studiul modului în care resursele sunt folosite pentru a produce servicii.

Se pun două tipuri de întrebări:

- se pot produce mai multe servicii cu aceleaşi resurse?
- se poate produce aceeaşi cantitate de servicii cu resurse mai puţine?

5.6.3. ANALIZA PRODUCTIVITĂŢII

Productivitatea se poate măsura fie în unităţi fizice, fie în unităţi monetare. În primul caz este vorba de productivitatea fizică, în al doilea – de productivitatea economică.

Pentru a analiza productivitatea unei intervenţii, trebuie măsurat şi definit produsul său, lucru dificil în domeniul îngrijirilor de sănătate. În domeniul îngrijirilor de sănătate, intervenţiile produc diferite tipuri de „output"-uri. Resursele sunt folosite, în primul rând, pentru a produce servicii de suport. Este vorba, în esenţă, de produse (rezultate) intermediare, care, combinate cu „input"-urile profesionale, duc la producerea de servicii clinice, ce se pot denumi ***output-uri (rezultate) primare.*** Acestea, combinate pentru a rezolva problemele de sănătate ale unui pacient, produc episoade de tratament, care sunt ***output-urile finale*** ale intervenţiei. Şi acestea se pot combina, la rândul lor, cu alţi factori pentru a ameliora starea de sănătate a pacienţilor respectivi.

Productivitatea se poate, deci, analiza la mai multe niveluri:

– fie productivitatea resurselor în cadrul serviciilor de suport (productivitatea personalului auxiliar, de întreţinere, a serviciului alimentar etc.);

– fie productivitatea resurselor profesionale în cadrul serviciilor clinice (a resurselor de laborator, a secţiei de radiologie etc.).

Metodele însuşite de analiza productivităţii sunt derivate din metodele economice şi cele de contabilitate analitică.

5.6.4. ANALIZA RANDAMENTULUI

Analiza randamentului constă în punerea în relaţie a analizei resurselor angajate şi cea a efectelor obţinute. Ea este o combinaţie între analiza de productivitate economică şi analiza efectelor. Evaluarea randamentului unei intervenţii se face în general cu ajutorul analizelor: cost/beneficii; cost/eficacitate şi cost/utilitate.

În analiza *cost/beneficiu* se exprimă toate costurile financiare ale intervenţiei şi toate avantajele, pe care le antrenează. În analiza *cost/eficacitate şi cost/utilitate* se exprimă, de asemenea, costurile financiare, dar avantajele sunt exprimate prin indici reali ai rezultatelor (ani de viaţă câştigaţi, indice de satisfacţie, reducerea durerii etc.) şi prin utilitatea intervenţiei pentru cei cărora li se adresează (QALY, DALY).

Analizele cost/beneficiu sunt mai generale. Ele implică determinarea avantajelor şi costurilor intervenţiei pentru optimizarea alocării resurselor. Este foarte dificil de a aplica acest tip de analiză în domeniul sănătăţii, în particular, din cauza dificultăţii de a da o valoare financiară variaţiilor din starea de sănătate.

Analizele cost/eficacitate şi cost/utilitate sunt mai curente. Ele constau în compararea diverselor costuri ale intervenţiei cu eficacitatea lor asupra utilizatorilor sau cu utilitatea, pe care utilizatorii o obţin din intervenţie. Aceste analize permit compararea diferitor intervenţii, care au obiective diferite. În mod obişnuit, este imposibil de a stabili această comparaţie pornind de la rezultatele analizei cost/eficacitate; uneori, determinarea utilităţii asociate diferitor tipuri de efecte pune serioase probleme metodologice şi conceptuale.

Dificultăţile metodologice ale acestei analize rezidă în măsurarea avantajelor şi stabilirea criteriilor permanente de comparare a randamentului diferitor opţiuni.

5.6.5. ANALIZA EFECTELOR

Analiza efectelor constă în evaluarea influenţei serviciilor asupra stării de sănătate. Ea determină *eficacitatea* serviciilor de a măsura starea de sănătate. Măsurarea efectelor, care sunt dorite sau nu, depinde de timpul de cercetare vizat. Conceptul de eficacitate nu are un sens absolut. El trebuie să fie calificat în funcţie de contextul, în care cercetarea este condusă, de natura intervenţiei evaluate şi de finalitatea exerciţiului evaluării.

Se poate vorbi de *eficacitatea teoretică* atunci când ea se situează în contextul cercetării de laborator, în care mediul poate fi controlat şi unde nu există variabilitate individuală.

În studiile de randomizare, se măsoară ceea ce se numeşte *eficacitatea experimentală* (încercare). Intervenţia este aplicată într-un mod total şi optim pentru fiecare subiect supus intervenţiei. Eficacitatea de studiu ţine cont *de variaţiile individuale*, dar nu ţine cont de *variaţiile comportamentale ale utilizatorilor şi profesioniştilor.*

Se poate observa *o eficacitate utilizată*, în contextul natural, a rezultatelor unei intervenţii asupra indivizilor, care au beneficiat de ea. În această situaţie, diferenţele în eficacităţile observate se pot datora variaţiilor furnizorilor.

Există o *eficacitate populaţională*, care ia în considerare efectele unei intervenţii nu doar asupra celor care beneficiază în mod direct, ci şi asupra întregii populaţii căreia îi este destinată intervenţia. În acest caz, se ţine cont de gradul de acoperire a intervenţiei, de acceptabilitatea şi accesibilitatea pentru populaţia-ţintă.

În analiza efectelor trebuie să se ia în considerare nu doar efectele dorite, ci şi cele nedorite. Cu alte cuvinte, este important să se ţină cont de factorii externi intervenţiei asupra populaţiei-ţintă şi, de asemenea, de cei care acţionează asupra altor populaţii, care nu sunt vizate în mod direct. Într-o analiză a efectelor este important să se facă nu doar analiza efectelor pe termen scurt, ci şi a celor pe termen lung.

Metodele de analiză a eficacităţii unei intervenţii sunt numeroase. Ele pot fi cantitative şi calitative, de natură experimentală sau sintetică.

5.6.6. ANALIZA DE IMPLEMENTARE

Analiza de implementare constă, pe de o parte, în a măsura influenţa variaţiilor în gradul de implementare a intervenţiei asupra acestor efecte şi, pe de altă parte, în aprecierea influenţei mediului, a contextului, în care intervenţia este implementată, asupra efectelor intervenţiei. Acest tip de analiză este foarte pertinent când se observă o mare variabilitate în rezultatele obţinute prin ansamblul intervenţiilor implementate în contexte diferite. Trebuie atunci să ne întrebăm dacă aceste variabilităţi pot fi explicate prin diferenţele dintre contexte. Analiza de implementare este importantă atunci când intervenţiile analizate sunt complexe şi compuse din elemente secvenţiale asupra cărora contextul poate interacţiona prin diferiţi factori.

Primul tip de analiză de implementare constă în măsurarea influenţei variaţiei în gradul de implementare a intervenţiei în diferite contexte. La limită, absenţa efectului poate să semnifice că intervenţia evaluată nu a fost implementată.

Al doilea tip de analiză de implementare constă în a evalua efectele interdependenţei, care poate să existe între contextul, în care intervenţia este implantată şi intervenţia însăşi.

Întrebarea ce se pune este în legătură cu sinergismul, care poate exista între un context şi o intervenţie sau, din contră, asupra antagonismelor existente între context şi intervenţie, cu alte cuvinte, care sunt efectele inhibitoare ale contextului asupra efectelor intervenţiei. Metodele de abordare pentru analiza de implementare a unui program sunt în principal studiile de caz.

5.7. EVALUAREA CA SURSĂ DE INFORMAŢII PENTRU PROCESUL DE LUARE A DECIZIEI

Scopul ultim al evaluării este de luare a deciziei. Trebuie să ne întrebăm ce influenţă joacă furnizarea informaţiilor pentru evaluator în luarea deciziei.

Pentru ca o evaluare să fie utilă, este necesar ca:

- decidenţii să fie implicaţi în definirea problemelor rezultate şi responsabili de strategia de cercetare care va fi aplicată;
- decidenţii să fie în mod periodic informaţi asupra rezultatelor obţinute în timpul cercetării. La sfârşit este prea târziu pentru a acţiona;
- evaluatorul să joace rolul unui facilitator în utilizarea rezultatelor;
- informaţia rezultată din evaluare să fie considerată drept un mijloc de negociere între multiplele interese, şi nu un adevăr absolut;
- să se ţină cont că decidenţii nu pot defini exact nevoile lor de informare şi, în consecinţă, ea nu poate răspunde decât parţial la problemele respective;
- evaluarea să se realizeze cu maximă rigoare.

Funcţia principală a evaluării normative este de a ajuta managerul să-şi completeze funcţiile sale curente în mod normal. Responsabilii de funcţionarea şi gestionarea intervenţiei efectuează acest tip de evaluare. Această etapă face parte din definirea scopului managerului. El va dori deci să aibă o puternică validitate pragmatică. Din contra, cercetarea evaluativă, care are o expertiză metodologică şi teoretică importantă, nu este în general fezabilă pentru cei responsabili de intervenţie.

MANAGEMENTUL CALITĂŢII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

6.1. DEFINIŢIA ŞI COMPONENTELE CALITĂŢII ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Definiţia calităţii îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice din cadrul culturii (profesională, etică) şi pe contextul situaţiei. Este imposibil să defineşti calitatea îngrijirii fără a ţine seama de valorile, ce se află în spatele individului, de situaţia socială şi profesională. Există mai multe dimensiuni, identificate profesional, ale calităţii îngrijirii. Acestea s-au dezvoltat de-a lungul anilor şi definirea lor s-a schimbat odată cu noile studii şi descoperiri. Principala organizaţie recunoscută în SUA pentru definirea calităţii îngrijirii în organizaţiile de îngrijire a sănătăţii este Comisia Unită pentru Acreditarea Organizaţiilor de Îngrijire a Sănătăţii. Această comisie a identificat *nouă componente ale calităţii* îngrijirii. Ele cer fiecărei organizaţii de îngrijire a sănătăţii să definească calitatea, folosind aceste componente şi ţinând seama de perspectivele clienţilor organizaţiei. Aceste componente sunt enumerate mai jos.

Componentele calităţii îngrijirii de sănătate conform Comisiei Unite.

1. *Accesibilitatea îngrijirii:* Uşurinţa, cu care pacienţii pot obţine îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie.
2. *Specificitatea îngrijirii:* Gradul, până la care se asigură îngrijire corectă, dată de starea curentă a activităţii.
3. *Continuitatea îngrijirii:* Gradul, până la care îngrijirea necesitată de pacienţi este coordonată între practicieni şi între organizaţii în timp.
4. *Eficacitatea îngrijirii:* Gradul, până la care îngrijirea este abordată într-o manieră corectă, fără erori, în funcţie de starea curentă a activităţii.
5. *Efectivitatea îngrijirii:* Gradul, până la care un serviciu are potenţialul să satisfacă nevoile, pentru care este folosit.
6. *Eficienţa îngrijirii*: Gradul, până la care îngrijirea primită are efectul dorit cu un minimum de efort, cheltuieli sau risipă.
7. *Orientarea spre pacient*: Gradul, până la care pacienţii şi familiile lor în procesul de luare a deciziilor ce ţin de sănătate sunt satisfăcuţi de îngrijirea lor.
8. *Siguranţa mediului de îngrijire*: Gradul, până la care mediul este lipsit de hazard sau pericol.
9. *Orarul îngrijirii*: Gradul, până la care îngrijirea este acordată pacienţilor atunci când este necesară.

6.2. MANAGEMENTUL CALITĂȚII. ABORDARE GENERALĂ

Managementul calității presupune existența unei structuri organizatorice adecvate, care ar permite punerea în practică a sistemului de management al calității. În accepția SR ISO, managementul calității reprezintă „ansamblul activităților funcției generale de manager, care determină politica în domeniul calității, obiectivele şi responsabilitățile, şi care se implementează în cadrul sistemului calității prin astfel de mijloace, cum ar fi planificarea calității, controlul calității, asigurarea calității şi îmbunătățirea calității".

Sistemul de management al calității în accepția SR-ISO este „un ansamblu de procese şi resurse pentru implementarea managementului calității". El presupune:

- o politică orientată spre client;
- o structură organizatorică adecvată;
- o documentație suficientă;
- un sistem informațional, care să permită detectarea disfuncțiilor.

Calitatea serviciilor de sănătate depinde atât de oameni, cât şi de sistemele şi tehnicile existente în sectorul sanitar. Spre deosebire de domeniul economic al producției materiale, unde se urmăreşte obținerea profitului continuu perfecționat, în sistemul sanitar profitul nu poate constitui un indicator al calității şi performanței.

Performanța reprezintă gradul de realizare al obiectivelor prestabilite. Acestea au valori diferite în funcție de punctul de vedere al furnizorului sau consumatorului. De aceea, în analiza calității se va studia oferirea serviciului adecvat în funcție de nevoile consumatorului.

Atunci când se apreciază calitatea se foloseşte conceptul de asigurare a ei. El este definit ca un proces de dirijare a unui program continuu de evaluare a calității, cu scopul de a obține îmbunătățirea continuă a ei.

Evaluarea calității duce la:

- îmbunătățirea planificării strategice într-o organizație;
- îmbunătățirea eficienței operațiunilor manageriale;
- îmbunătățirea rezultatelor clinice.

Specialistul canadian A. Donabedian a definit *şase dimensiuni* ale calității îngrijirilor de sănătate:

1. *eficacitatea* – capacitatea de a atinge cele mai bune rezultate în îmbunătățirea stării de sănătate prin intermediul celor mai bune îngrijiri;
2. *eficiența* – capacitatea de a ajunge la cele mai bine rezultate în starea de sănătate, prin intermediul celor mai bune îngrijiri, dar şi cu costuri cât mai scăzute.
3. *optimizarea* – realizarea unui echilibru între costurile îngrijirilor de sănătate şi efectele obținute în urma acestor îngrijiri, înțelegând prin aceasta beneficiul adus de îngrijirile de sănătate sau valoarea monetară a îmbunătățirii stării de sănătate;
4. *accesibilitatea* – alinierea serviciilor de sănătate la dorințele, nevoile şi aşteptările populației;
5. *legitimitatea* – acordarea îngrijirilor de sănătate în conformitate cu principiile sociale exprimate prin norme, valori, legi şi reglementări;
6. *echitatea* – acordarea îngrijirilor de sănătate fiecărui membru al societății în funcție de nevoile sale, spre deosebire de egalitatea, care se referă la furnizarea uniformă de servicii tuturor membrilor societății. Egalitatea

poate fi un deziderat, care poate fi inutil sau nu se poate realiza ori poate duce la inechitate.

Rezultatele îngrijirilor sunt din ce în ce mai mult recunoscute în prezent, ca fiind foarte importante pentru evaluarea serviciilor de sănătate şi a politicii sanitare. Cu toate acestea, există unele dificultăţi şi limite în folosirea rezultatelor pentru măsurarea calităţii îngrijirilor medicale. Starea de sănătate şi rezultatul îngrijirilor reprezintă consecinţa interacţiunii mai multor factori: genetici, de mediu, comportamentali şi cei legaţi de practica medicală. Serviciile medicale joacă un rol semnificativ, dar au şi o contribuţie parţială în asigurarea stării de sănătate. Diferitele caracteristici ale pacientului, structura familiei, condiţiile sociale şi factorii de mediu au influenţe importante în ceea ce priveşte rezultatele, care nu pot fi atribuite în mod direct îngrijirilor medicale primite. De aceea, orice evaluare a calităţii îngrijirilor trebuie să ţină cont de existenţa acestor factori externi.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte Calitatea ca fiind „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelenţă". Calitatea înseamnă asigurarea unei practici bune, dar şi introducerea unor proceduri şi tehnici noi, concomitent cu reducerea costului şi creşterea productivităţii în vederea satisfacerii pacientului.

Cu toate că rezultatele reprezintă o măsură potrivită a calităţii serviciilor medicale, este necesară evaluarea simultană a structurii şi procesului de îngrijire pentru a înţelege de ce se obţin rezultate diferite. Astfel se pot planifica intervenţii nu numai pentru îmbunătăţirea acestora, ci şi pentru a realiza eficacitatea şi echitatea în organizarea şi distribuirea serviciilor de sănătate.

Donabedian defineşte procesul de îngrijire medicală ca fiind „Un lanţ complex de evenimente, în care fiecare dintre ele este un sfârşit al celui anterior şi reprezintă o condiţie necesară a celui viitor". Procesul cuprinde recunoaşterea problemei, procedurile diagnostice, diagnosticul, terapia şi îngrijirea, utilizarea, accesibilitatea, înţelegerea şi complianţa.

Evaluarea procesului este continuă şi se face pentru a vedea cum pot fi îmbunătăţite acţiunile pentru a putea alege alternativa cea mai bună pentru atingerea obiectivelor.

Există mai multe abordări posibile pentru studierea relaţiilor dintre componentele structurii, procesului sau rezultatelor. Componentele acestora au fost enumerate mai sus şi pot fi studiate individual sau ca o legătură între structură şi proces, structură şi rezultate, proces şi rezultate sau structură şi proces combinate cu rezultatele obţinute.

Abordarea calităţii din punctul de vedere al consumatorului se referă la ceea ce doresc pacienţii de la serviciile de sănătate.

Abordarea din punctul de vedere al profesioniştilor urmăreşte dacă îngrijirile corespund componentelor calităţii şi nevoilor definite de furnizorii de servicii şi dacă tehnicile şi procedurile sunt aplicate corect.

Oamenii judecă serviciile de sănătate, comparându-le cu alte servicii pe care ei le-au găsit în alte sectoare. Dacă serviciile corespund cu dorinţele pacientului şi cu aşteptările lui, atunci serviciul respectiv devine atractiv. Dacă pacientul nu este mulţumit, va rezulta o proastă publicitate pe piaţa competiţională, care va duce la scăderea numărului de pacienţi şi a veniturilor unităţii sanitare, cu impact mai mare în sectorul sanitar privat. Cei nemulţumiţi îşi vor alege un alt medic, o altă unitate sanitară sau nu vor utiliza serviciul respectiv.

Cheia managementului calităţii totale este „omul calităţii totale" care reprezintă de fapt implicarea întregii echipe medicale în obţinerea performanţei.

În managementul calităţii totale Donabedian descrie următoarele principii:

- *procesul de muncă* – calitatea serviciilor depinde în primul rând de procesele prin care îngrijirile medicale sunt planificate şi produse de angajaţi, care trebuie îndrumaţi în vederea evaluării analizei şi îmbunătăţirii procesului de muncă;
- *analiza variabilităţii* – necontrolarea variaţiei proceselor sau rezultatelor este prima cauză a problemelor de calitate; cauzele variabilităţii trebuie identificate şi corectate;
- *managementul în sine* – este necesară colectarea sistemică a informaţiei începând cu identificarea problemelor prioritare prin analiza cauzelor şi până la selectarea şi testarea soluţiilor;
- *învăţarea şi îmbunătăţirea continuă a performanţei* – conduce la îngrijiri de calitate.

Planificarea procesului calităţii se referă la activităţile necesare producerii serviciilor medicale care trebuie să satisfacă nevoile consumatorilor şi cuprinde următoarele etape:

- definirea consumatorilor;
- determinarea nevoilor acestora;
- definirea caracteristicilor serviciului medical în concordanţă cu nevoile consumatorilor;
- dezvoltarea proceselor care să fie capabile să realizeze caracteristicile serviciului respectiv.

Controlul calităţii predă următoarele etape:

- evaluarea performanţei calităţii obţinute;
- compararea calităţii oferite cu scopurile stabilite;
- definirea acţiunilor pentru diminuarea diferenţelor dintre rezultatele obţinute şi standardele acceptate.

Îmbunătăţirea calităţii se referă la procesul de creştere a performanţei şi constă în următoarele etape:

- stabilirea infrastructurii necesare pentru a asigura îmbunătăţirea permanentă a calităţii;
- identificarea nevoilor specifice, îmbunătăţirea performanţei şi elaborarea de proiecte;
- stabilirea pentru fiecare proiect a unor responsabilităţi clare în cadrul echipei medicale;
- furnizarea resurselor motivaţiei şi formării necesare echipei medicale pentru diagnosticarea cauzelor şi stabilirea controlului.

Nu trebuie uitat faptul că o calitate redusă este mai frecvent cauzată de proces decât de personalul medical.

Pentru evaluarea şi monitorizarea calităţii îngrijirilor se pot folosi diverse categorii de indicatori:

- indicatorii bazaţi pe apreciere;
- indicatorii santinelă de eveniment (reacţii adverse la medicamente);
- indicatorii clinici, care constituie elemente de îngrijiri furnizate de diverşi specialişti (intervenţii repetate în timpul perioadei de internare).

6.3. MANAGEMENTUL CALITĂŢII SERVICIILOR MEDICALE

Principalul obiectiv al seriei de standarde ISO 9000/2000: este satisfacerea atât a clienţilor interni şi externi, cât şi a altor părţi interesate: personalul medical, acţionari, furnizori ai organizaţiei medicale.

ISO 9000/2000 pune accent atât pe importanţa identificării implementării, coordonării şi îmbunătăţirii continue a efectuării proceselor necesare sistemului de management al calităţii serviciilor medicale, cât şi pe importanţa gestionării interacţiunilor dintre aceste procese, pentru a îndeplini obiectivele organizaţiei. ISO 9004/2000 se concentrează pe îmbunătăţirea performanţei organizaţiei, recomandând o metodă de autoevaluare a eficienţei şi eficacităţii proceselor din cadrul serviciilor medicale.

Conform standardului ISO 8402, *managementul calităţii* este „ansamblul activităţilor funcţiei generale de management, ce determină politica în domeniul calităţii, obiectivele şi responsabilităţile şi le implementează prin mijloace ca: planificarea, controlul, asigurarea şi îmbunătăţirea calităţii în cadrul sistemului calităţii".

Principiile managementului calităţii serviciilor medicale:

- deplasarea de la măsurarea competenţei practicianului către măsurarea rezultatelor îngrijirii pacientului;
- utilizarea mai redusă a raţionamentului implicit şi o mai mare atenţie pentru standardele explicite (ghiduri de practică);
- o mai mică izolare organizaţională a asigurării calităţii şi eforturi pentru integrarea ei în activităţile de zi cu zi şi la toate nivelurile de furnizare a îngrijirilor medicale.

Auditul intern – este o examinare sistematică şi independentă cu scopul de a determina dacă managementul calităţii:

- se conformează planificării, cerinţelor standardului şi cerinţelor sistemului de management al calităţii;
- este implementat şi menţinut cu eficacitate.

Evaluarea sistemului de management al calităţii se realizează pe baza analizei beneficiilor:

- îmbunătăţeşte planificarea strategică;
- îmbunătăţeşte rezultatele clinice;
- îmbunătăţeşte eficienţa managerială şi operaţiunile.

Planificarea strategică de bazează pe informaţii relevante şi dă:

- o proiecţie a tendinţelor operative;
- o identificare a slăbiciunilor şi punctelor forte;
- analizele de portofoliu ale departamentelor interne şi a rapoartelor comparative de performanţă.

Rezultatele clinice se evaluează pe baza comparării produselor şi serviciilor şi a analizei costurilor evaluate comparativ cu rezultatele clinice.

Proiectele iniţiale de revizuire a sistemului calităţii vizează probleme general acceptate ca:

- reducerea timpului de aşteptare la camerele de gardă;
- reducerea ratei de infecţii nosocomiale;
- reducerea perioadei de internare (zile de spitalizare).

6.3.1. COMPONENTELE ESENŢIALE ALE MANAGEMENTULUI CALITĂŢII

Toţi administratorii de spitale vor să asigure o calitate excelentă de îngrijire în spitalele lor. Mulţi administratori au intenţii bune şi fac eforturi deosebite, totuşi uneori îngrijirea acordată este sub standardele acceptate. Cercetătorii Melum şi Siniores, examinând spitale cu îngrijiri de calitate excelentă, au identificat şase componente esenţiale comune, care formează cadrul managementului calităţii în organizaţiile de îngrijire a sănătăţii, acestea fiind:

1. conducători vizionari;
2. orientarea către clienţi;
3. echipe de lucru ale angajaţilor;
4. implicarea înaltă a medicilor;
5. folosirea unui model de proces recunoscut;
6. alinierea sistemelor şi departamentelor.

Prima componentă esenţială – conducătorii vizionari din spitalele de succes au 10 caracteristici comune:

1. ei se simt personal dedicaţi calităţii;
2. ei sunt un model de urmat pentru angajaţi;
3. ei au o viziune consacrată şi plan pentru calitate:
4. ei pregătesc angajaţii în management;
5. ei asigură resurse pentru calitate (atât umane cât şi financiare);
6. ei analizează sistemele lor de management;
7. ei acordă recunoaştere angajaţilor pentru idei / muncă de calitate;
8. ei îşi analizează periodic progresele în domeniul calităţii;
9. ei gestionează rezistenţele din partea membrilor staff-ului;
10. ei îşi împuternicesc angajaţii.

Trei din aceste caracteristici au fost identificate, ca fiind de o importanţă deosebită. Managerii trebuie:

1. să se considere implicaţi personal;
2. să acţioneze ca modele de urmat;
3. să asigure resurse umane şi financiare.

Managerii nu pot asigura conducerea, dacă nu se simt implicaţi personal faţă de calitate. Două lucruri au fost recunoscute la managerii cu respect pentru implicarea personală. *Primul*, ei recunosc beneficiul personal. *Al doilea*, ei conştientizează deplin principiile managementului calităţii.

A doua componentă esenţială – grija faţă de clienţi. Clientul este o persoană, care beneficiază de serviciile organizaţiei de îngrijire de sănătate. Aceasta include persoane atât din interiorul, cât şi din exteriorul organizaţiei. Persoanele din interior reprezintă personalul departamentului, medicii şi studenţii. Clienţii din exterior includ pacienţii, familiile şi furnizorii. Managerii cu o grijă reală faţă de clienţi întreprind următoarele acţiuni:

- identifică clienţi interni şi externi;
- înţeleg aşteptările clienţilor şi le satisfac;
- unesc recunoaşterea meritelor personalului şi satisfacţia clienţilor;
- răspund rapid plângerilor clienţilor;

– pregătesc întregul personal în spiritul grijii față de client;
– arată grija față de client prin acțiunile proprii.

Managerul trebuie să evalueze continuu fiecare din aceste domenii pentru a se asigura că principala prioritate a organizației sunt clienții.

A treia componentă esențială – echipa de lucru a angajaților. Pentru ca managementul calității să funcționeze în interiorul unei organizații de îngrijire a sănătății, toți angajații trebuie să fie motivați să lucreze în acest context. Spitalele de succes au trei mijloace comune pentru a ajuta angajații să lucreze într-o manieră a calității:

1. angajații au fost împuterniciți;
2. angajații au primit educație și instruire de calitate;
3. angajații lucrează în echipe.

A patra componentă esențială – implicarea înaltă a medicilor. Medicii, care asigură îngrijirea pacientului, trebuie să acorde sprijinul deplin administrației spitalului, când se implementează noi metode manageriale.

A cincea componentă esențială – folosirea unui model de proces recunoscut. Există multe modele bune. Acestea au o bază similară, dar diferă prin accentul și stilul lor. Managerii spitalelor de succes selectează sau creează un model bazat pe nevoile și caracterul organizației lor.

A șasea componentă esențială – alinierea departamentelor și sistemelor. Managementul calității este o parte importantă a tuturor departamentelor în spitalele de succes. Criteriul managementului calității trebuie să fie folosit pentru evaluarea anuală a fiecărui departament.

6.3.2. MODELELE DE PROCES ÎN MANAGEMENTUL CALITĂȚII

Modelele de proces sunt folosite de echipele de angajați în întregul spital. După ce a fost selectat modelul de proces specific pentru spital, angajații sunt instruiți în folosirea acestuia. Apoi, spitalele, de obicei, au câteva echipe de angajați, care folosesc acest model pentru aria diferitor probleme.

Se folosesc câteva modele de proces bune. Unul dintre cele mai răspândite este analizat în continuare. Organizațiile de îngrijire a sănătății folosesc modelele cele mai potrivite pentru ele. Toate modelele de proces au unele elemente comune:

– sunt procese continue;
– implică o performanță măsurabilă;
– evaluează performanțele;
– iau măsuri pentru îmbunătățire;
– evaluează rezultatele;
– folosesc efortul în echipă;
– furnizează date de încredere ce facilitează autoaprecierea.

Modelul în zece trepte pentru monitorizare și evaluare.

Acest model a fost proiectat special pentru spitale și este mijlocul recomandat de Comisia Unită pentru evaluarea și îmbunătățirea calității îngrijirii și serviciului în spitale.

1. Alocă responsabilitatea. Conducătorii la vârf ai spitalului, departamentelor clinice și manageriale trebuie să poarte responsabilitate pentru supravegherea și managementul calității.

2. Delimitează aria îngrijirii şi serviciului. Revezi toate domeniile serviciilor pentru a determina zonele de prioritate pentru managementul calităţii.

3. Identifică aspectele importante ale îngrijirii şi serviciului. Odată ce domeniile prioritare au fost stabilite, identifică toate aspectele îngrijirii din aceste domenii de prioritate. Selectează cele mai importante aspecte ale îngrijirii.

4. Identifică indicatori. Identificarea indicatorilor este un pas vital. Deşi indicatorii nu sunt o măsură directă a calităţii, identificarea lor este esenţială pentru măsurarea şi monitorizarea calităţii.

5. Bazat pe indicatori, stabileşte când să declanşezi o evaluare. Identifică momentul când trebuie iniţiată o evaluare completă pentru fiecare indicator.

6. Colectează şi organizează datele. Trebuie dezvoltat un plan pentru colectarea fiecărui indicator sau date. Acest plan de colectare a datelor trebuie să includă cine sunt colectorii datelor; ce surse folosesc pentru colectarea datelor, când va fi făcută colectarea; dacă eşantionarea va furniza date corespunzătoare; frecvenţa şi stilul analizei şi raportării datelor.

7. Iniţiază evaluarea când s-a ajuns la limită. Revedeţi cu atenţie datele şi hotărâţi dacă ele indică probleme sau domenii în care este necesar să îmbunătăţiţi îngrijirea.

8. Întreprinde acţiuni pentru îmbunătăţirea îngrijirii şi serviciilor. În baza evoluării trebuie elaborate planuri de acţiune pentru îmbunătăţirea îngrijirii şi serviciilor.

9. Evaluează eficienţa acţiunilor şi asigură ca îmbunătăţirile să se menţină. După ce planurile de acţiune sunt realizate, evaluează beneficiile şi îmbunătăţirile rezultate. Dacă există, elaborează un plan pentru continuarea acţiunii. Dacă rezultatele nu sunt cele scontate, revizuieşte planul de acţiune.

10. Comunică rezultatele persoanelor şi grupurilor interesante. Raportează atât rezultatele, cât şi acţiunile luate din start persoanelor şi conducătorilor organizaţiei.

6.4. ARGUMENTE PENTRU IMPLEMENTAREA MANAGEMENTULUI CALITĂŢII ÎN SERVICIILE MEDICALE

Presiunea creşterii cheltuielilor.

- costurile îngrijirilor de sănătate cresc incontrolabil;
- este necesară alinierea cheltuielilor pentru sănătate cu evoluţia PIB;
- nu se corelează cheltuielile pentru sănătate cu:
- • performanţele serviciilor medicale;
- • starea de sănătate a populaţiei;
- • asigurările de sănătate sunt în deficit financiar cronic.

Cauze.

- economice (producţie încă slabă);
- sociale;
- disproporţie între forţa de muncă angajată şi pensionari, şomeri, copii etc.);
- apariţia de noi patologii „scumpe" (SIDA);
- cresc patologiile legate de comportament (alcool, tutun, drog, SIDA);
- cresc cheltuielile indirecte: zile de muncă pierdute, indemnizaţii, diverse.

Presiunea finanțatorilor (plătitorilor).
- plătitorii de asigurări de sănătate – clienții externi vor să cunoască și să gestioneze mai bine ceea ce finanțează;
- casa de asigurări vrea să repartizeze mai bine resursele în raport cu volumul de activitate și criteriile de calitate ale serviciilor de sănătate;
- asigurătorii privați de boală folosesc caiete de sarcini și referențiale foarte exigente și responsabile.

Presiunea concurenței.
- deși sunt constrângeri economice, sectorul privat al serviciilor medicale este în plină dezvoltare;
- sectorul public al serviciilor medicale nu este protejat de concurența (concurența de activități, concurența de legitimați);
- sectorul public al serviciilor medicale trebuie să se restructureze (închideri, regrupări, fuziuni, transferuri etc.).

Presiunea demografică.
- populația îmbătrânește. În 1995 erau 2,7 mil. persoane peste 65 de ani, iar în 2000 numărul persoanelor de această vârstă constituia 3,2 mil.
- consumul de îngrijiri de sănătate la persoane de peste 80 ani este de trei ori mai mare decât la cei de 20-30 de ani;
- odată cu vârsta apar și cresc bolile neurodegenerative, tumorile, reumatismele, osteoporoza și consecințele ei, bolile cardiovasculare. Acestea solicită costuri de îngrijiri mai mari.

Particularitățile stării de sănătate.
- după 1989 sănătatea s-a deteriorat;
- recrudescența bolilor legate de sărăcie (bolile infecțioase);
- cresc bolile determinate de poluare și de obiceiurile nesănătoase (alcoolism, fumat, consum de droguri, alimentație dezechilibrată);
- cresc accidentele, traumatismele și intoxicațiile (otrăviri).

Presiunea mediatizării sănătății.
- mass-media bombardează populația cu știri senzaționale;
- pacienții revendică informații din domeniul sănătății publice;
- pacienții compară instituțiile și prestațiile medicale;
- pacienții sunt mai critici, mai conștienți de drepturile lor, mai avizați, mai educați, mai exigenți, mai revendicativi, mai neîncrezători;
- crește nomadismul medical (3-15%);
- crește numărul de procese intentate medicilor.

Presiunea contextului medico-legal.
- medicul este obligat să dea pacientului informațiile clare și potrivite cu riscurile legate de investigații și îngrijirile propuse;
- infecțiile nosocomiale atrag prezumția greșelilor în serviciile prestate;
- nu este de ajuns să probeze că au fost respectate regulile de prevenire a infecțiilor nosocomiale pentru a îndepărta responsabilitatea;
- medicul are obligația de a repara prejudiciul produs din culpă sau din întâmplare;
- introducerea sistemului calității limitează riscurile, asigură dovezile și trasabilitatea actelor întreprinse.

Constrângerile reglementare şi necesitatea gestionării riscurilor.

– normele şi reglementările naţionale şu europene îngrădesc sistemul de sănătate. Ele se referă la: sănătatea şi securitatea persoanelor, condiţiile de finanţare a localurilor, condiţiile de igienă, siguranţa alimentelor, farmacovigilenţă, lupta contra infecţiilor nosocomiale, sterilizare, securitatea anestezică, radioprotecţie, deşeurile infecte de spital;

– orice activităţi medicale trebuie să se supună constrângerilor reglementare.

Presiunea decidenţilor.

– decidenţii (Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi Colegiul Medicilor) simt nevoia introducerii sistemului calităţii pe palierele medico-tehnice şi formalizarea lor printr-o recunoaştere externă oficială sub forma unei certificări de terţă parte.

6.5. CRITERII MEDICALE DE EVALUARE

Sunt declaraţii elaborate ce pot fi folosite pentru aprecierea gradului de adecvare al deciziilor, serviciilor şi rezultatelor îngrijirilor medicale specifice.

Criteriul este un element / atribut prestabilit care se utilizează în evaluarea calităţii şi care frecvent este însoţit de o normă explicită sau implicită ori de un standard. Criteriul este un element descriptiv al performanţei şi comportamentului furnizorului de servicii sau al stării clinice a pacienţilor şi reprezintă o situaţie satisfăcătoare, pozitivă sau excelentă.

Un criteriu trebuie să fie:

– obiectiv, verificabil şi măsurabil (valid, reproductibil, sensibil), să ilustreze în detaliu standardul;
– specific ariei, să ofere o descriere clară a comportamentelor / acţiunilor şi a situaţiei / resurselor dorite şi obţinute;
– relevant măsurătorii pe care vrem să o întreprindem pentru evaluarea nivelului de performanţă;
– clar, enunţat în termeni ce nu lasă loc interpretărilor;
– realizabil, evitând enunţările nerealiste privind performanţa sau rezultatele;
– enunţat de clinicieni care sunt la curent cu ultimele noutăţi din domeniu;
– acceptat de toţi clinicienii;
– revizuit periodic pentru a oferi exemplul unei practici bune, bazată pe cercetările la zi;
– orientat spre toate aspectele statutului pacientului – fiziologic, psihologic şi social.

Există 3 tipuri de criterii:

Criterii de structură – descriu resursele necesare realizării unui standard şi se referă la:

– clădiri, mediu fizic;
– servicii auxiliare (farmacie, laborator, spălătorie, bucătărie etc.);
– echipament;
– personal: număr, instruire, calificare, experienţă;
– informaţii, regulamente în vigoare.

Criterii de proces – descriu activităţile necesare atingerii standardului:
- evaluarea tehnologiilor şi procedurilor;
- metode de îngrijire (număr de consultaţii, vizite, timp);
- metode de educaţie pentru sănătate a pacienţilor;
- metode de înregistrare a datelor medicale;
- modul de utilizare a resurselor;
- evaluarea competenţei personalului.

Criterii de rezultat – descriu efectul îngrijirilor în termeni referitori la comportament, răspuns la tratament, nivel de cunoştinţe şi starea de sănătate a pacientului:
- rata de supravieţuire;
- rata externării;
- rulaj / pat;
- continuitatea îngrijirilor;
- satisfacţia pacient / furnizor servicii.

În mod ideal, criteriile ar trebui să se refere la rezultate, dar având în vedere dificultăţile şi cheltuielile cu colectarea datelor referitoare la rezultate este frecvent nevoie să se apeleze la măsurători ale procesului sau ale structurii.

Standarde de calitate:
- o îngrijire bună arată gradul de complianţă la un criteriu şi prezintă nivelul de îngrijire, faţă de care se analizează performanţa.

Pentru ca un standard să poată fi utilizat trebuie să fie:
- *măsurabil* – definit în termeni de nivel de performanţă de realizat; dacă o afirmaţie nu se referă la o măsură, nu poate fi un standard;
- *enunţat clar* – uşor de înţeles de cei cărora li se adresează şi în special de personalul nou venit; este uşor de realizat dacă personalul participă la clarificarea aspectelor legate de calitate şi la formularea standardelor;
- *elaborat în termeni,* care să arate clar că este necesară *luarea unei atitudini şi adoptarea unui compartiment*;
- *realizabil* – fixarea unor standarde prea înalte poate fi demoralizatoare.

Avantajul stabilirii standardelor:
- sunt elaborate şi monitorizate de clinicieni;
- sunt dinamice şi modificabile ca răspuns la schimbările intervenite în practică, resurse, descoperiri rezultate din cercetări;
- oferă posibilitatea discuţiilor în grup în cadrul procesului de elaborare a standardelor şi de reevaluare a practicilor.

Documentele sistemului calităţii.

Realizarea şi funcţionarea unui sistem al calităţii necesită existenţa unor documente specifice, care sunt:
- manualul calităţii;
- proceduri de sistem;
- proceduri - instrucţiuni de lucru;
- planul calităţii;
- înregistrările calităţii.

1. ***În manualul calităţii*** – sunt prezentate politicile despre calitate, procedurile şi practicile generale ale unităţii.

➢ MC este autorizat pentru implementarea calității și reprezintă un punct de referință în activitatea unității.

➢ MC are scopul principal de a stabili structura sistemului calității;

➢ MC nu trebuie să intre în detalii, acestea vor fi conținute în proceduri, instrucțiuni.

➢ MC nu are o structură standard, el este întocmit în mod adecvat pentru specificul fiecărei organizații.

➢ MC poate avea diferite niveuri de dezvoltare și se poate referi atât la calitate, cât și la asigurarea calității.

➢ MC face referiri la:

- politica în domeniul calității;
- responsabilități și atribuții;
- relații între persoanele care conduc, efectuează sau verifică activitățile ce influențează calitatea;
- procedurile și instrucțiunile sistemului de calitate;
- instrucțiuni pentru revizuirea, actualizarea și gestionarea manualului calității.

Difuzarea manualului calității se poate face selectiv, dacă este realizat pe module.

2. ***Procedurile scrise***, numite și *proceduri documentate*, conțin:

- scopurile și domeniile de aplicare ale unei activități;
- ce trebuie să se facă și cine este responsabil;
- când, unde și cum să se efectueze activitatea;
- ce materiale, echipamente, documente se vor folosi;
- cum se controlează și se înregistrează activitatea.

Dacă elementele sistemului de calitate vizează mai multe compartimente, unul primește responsabilitatea elaborării procedurii, în timp ce pregătirea și revizuirea acesteia se face împreună de către compartimentele implicate.

Conținutul și structura procedurilor se stabilește în funcție de:

- mărimea unității;
- natura specifică a activității;
- amploare și structură cerute pentru manualul calității, completat cu procedurile elaborate.

În elaborarea manualului calității trebuie cuprinse atât instrucțiunile de lucru referitoare la personalul implicat în implementarea și asigurarea sistemului de management al calității, cât și înregistrările calității ce trebuie documentate.

3. ***Instrucțiunile de lucru*** – sunt informațiile, care sunt date personalului de la locurile de muncă. Acestea au rolul de a prezenta modul, în care se vor desfășura activitățile pe locul de muncă, precum și nivelul de calitate solicitat. Instrucțiunile trebuie redactate în termeni simpli, ușor de înțeles de către personalul cu nivel de cunoștințe scăzut.

Controlul instrucțiunilor diferă în funcție de natura lor.

4. ***În planul calității*** – sunt precizate „practicile, resursele și succesiunea activităților despre calitate specifice unui produs, serviciu, proiect sau contract". Planul calității face referiri la secțiunile din manualul calității. În funcție de obiect, planul se poate numi: plan de management al calității, plan de asigurare a calității, etc. Planul de calitate trebuie să reflecte cerințele sistemului de calitate referitoare la produs, servicii, proiecte sau contracte. În standardele SR-ISO sunt recomandate o serie de elemente ce trebuie definite prin planul calității:

- obiectivele ce trebuie atinse;
- fazele proceselor necesare realizării produsului/serviciului;
- atribuirea responsabilităţilor pentru toate fazele de elaborare a produsului;
- procedurile şi instrucţiunile de lucru;
- programul de încercări, examinări, audit;
- o procedură scrisă referitoare la modificările făcute în planul calităţii;
- o metodă care să permită determinarea gradului de realizare a obiectivelor;
- alte instrucţiuni.

Toate compartimentele unităţii implicate în activităţi ce pot influenţa calitatea produsului îndeplinesc sarcini bazate pe practici sau tradiţie. Maniera în care trebuie să se desfăşoare fiecare tip de activitate este necesar să fie prezentată într-o procedură sau regulament al compartimentului (în care este descrisă modalitatea de punere în practică a obiectivelor de calitate.

5. Înregistrările calităţii – sunt materiale, care fac dovadă gradului de satisfacere a condiţiilor de calitate şi pot fi înregistrări de calitate pentru produs şi înregistrări privind funcţionarea sistemului de calitate.

Înregistrările referitoare la calitatea produselor conţin următoarele materiale:
- specificaţii pentru produs;
- specificaţii pentru subansambluri şi materiale intrate în unitate;
- rapoarte privind controlul şi recepţia materialelor;
- înregistrări ale materialelor neconforme cu normele şi standardele stabilite;
- înregistrări ale reclamaţiilor;

În funcţie de procedurile organizaţiei există câteva tipuri de înregistrări ale calităţii:
- registre;
- fişe cu rezultatele unor măsurători;
- buletine de analiză a materialelor;
- referiri la acţiunile de tratament;
- date referitor la confirmări;
- documente de certificare, atestare, etalonare;
- rapoarte la costurile calităţii.

6.6. CICLUL PEVA

Ciclul PEVA este al treilea principiu de bază în Managementul Calităţii:

I. Satisfacţia beneficiarilor.
II. Gestionarea prin fapte.
III. Ciclul Planifică - Efectuează – Verifică – Acţionează.
IV. Respectul faţă de oameni

Acest ciclu a fost propus de către savantul W.A. Shewhart în anul 1931 pentru controlul economic al calităţii produselor fabricate.

Unde putem întâlnim acest Ciclul PEVA?

În primul rând el are origini în cibernetică: ştiinţa controlului. În al doilea rând, în organisme biologice, în biosfera Pământului.

Prin acest ciclu se efectuează selectarea indivizilor capabili de adaptare la efectele din exterior. În absenţa lor apare disfuncţia prezentă sub formă de „boală". În al treilea rând în organisme create de om (organizaţie: de ex. spital). Necesită,

de asemenea, reglementare: formalizare, structurare ierarhică. Prin acest organism creat de om este necesară o condiție: stabilitate. Tranziția se desfășoară încet, noile generații pornesc schimbările. Din cauza creșterii schimbărilor survenite din exterior, un management de tip tradițional nu mai satisface cerințele interne și externe. Astfel apare întrebarea: „Cum, în condiții noi, să păstrăm calitatea serviciilor medicale acordate populației?”

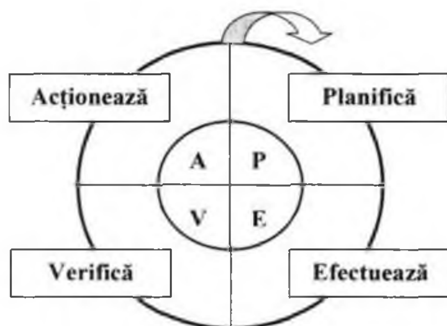


Figura 26. **Ciclul PEVA**

Pentru a răspunde la această întrebare ne ajută „Ciclul PEVA” (*figura 26*). Acest ciclu stă la bază și sprijină îmbunătățirea continuă a calității:

- Este simplu și corespunde modului, în care acționeaza oamenii.
- Furnizează un limbaj comun și un model clar.

Schema Ishikawa sau „Ciclul PEVA” a fost propusă în 1953 de către profesorul universității din Tokio Kaoru Ishikava. Ea e cunoscută la fel și sub denumirile „diagrama cauză - efect” (cause and efect diagrama) și „metoda scheletului piscicultor” (fishbone analysis). Schema reprezintă o sistemă de vectori și simboluri, care ne ilustrează dependența dintre cauza și efectul unor evenimente. Grupele calitative determină cu ajutorul ei cauzele defectelor apărute și propun căile de înlăturare. Această schemă se utilizează în toate domeniile de activitate a grupelor calitative. Mai sus a fost indicat, că lucrul calitativ al acestei grupe mult depinde de concordanța condiționată de patru factori:

- ➢ alegerea lucrătorilor buni
- ➢ prezența unui meșter bun
- ➢ buna concordanță dintre conducător și subordonatori
- ➢ buna atmosferă de lucru

Factorii numiți joacă un rol mare în „îmbunătățirea relațiilor interpersonale” în orice colectiv.

Aprecierea acestor factori se efectuează după următorii parametri:

I. Lucrător bun: tendință de colaborare, sentimentul răspunderii, dorința de a munci, buna dispoziție, colaborare, concurență.

II. Învățător bun: putința de a asculta pe alții, de a studia, a putea concura, de a fi corect, de a putea să te pui în locul subordonatului, de a fi devotat, tendința spre soluționarea unor scopuri comune.

III. Relație normală între conducători și subordonați: discuții comune ale unor probleme, respectul stimei fiecăruia, tactica examinării unor probleme, atenția cuvenită față de părerea interlocutorului.

IV. Buna atmosferă de lucru: dispoziție sufletească, relații bune cu întreprinderile (instituțiile conexe), concordanță în acțiuni, securitatea muncii, prezența relațiilor echitabile, locul de muncă – locul, care te pasionează, atmosferă plăcută.

Construirea diagramei „Cauză-efect” sau „Osul de pește”.

1. În partea dreaptă a paginii desenați un patrulater, în care înscrieți problema (efectul) examinată.

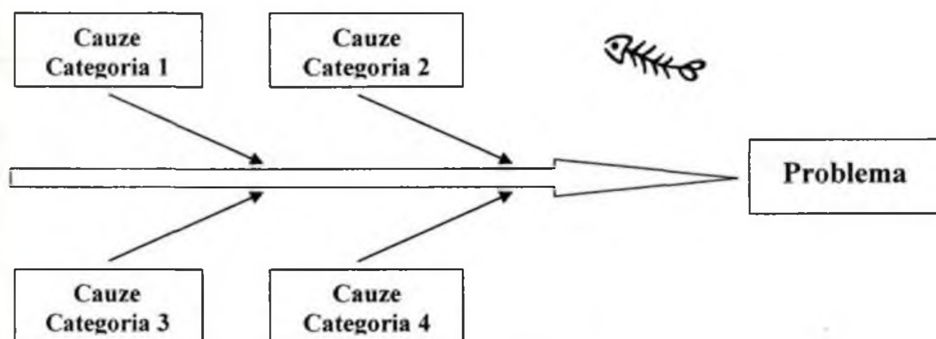


Figura 27. **Diagrama „Osul de peşte"**

2. Desenaţi o săgeată orizontală către patrulaterul cu descrierea problemei.
3. Desenaţi mai multe săgeţi către săgeata orizontală (principală) şi numiţi-le prin categorii ale cauzelor mai importante (*figura 27*).

Determinarea categoriilor din "Osul de peşte".

În primul rând determinăm unele generice – personal, metode, maşini, materiale, management, mediu.

În al doilea rând este un proces – importă procesul în grupe majore de activităţi.

În al treilea rând duce la generare de idei – echipa generează cauzele majore a problemei, apoi organizează ideile în categorii principale.

I. UTILITATE.

- Ajuta echipele să ajungă la o înţelegere comună a problemei.
- Descoperă golurile existente în cunoştinţe.
- Direcţionează echipele în domeniile de intervenţie, care ar putea soluţiona problema.
- Simplu în utilizare.

II. VERIFICARE.

În acest subcompartiment este necesar de a colecta şi a analiza datele pentru verificarea celor planificate. – Ce a mers bine şi ce nu a mers, şi permanent trebuie să răspundem la întrebarea: „Sunteţi aproape de scopul planificat ?"

III. EFECTUARE.

Este necesar să fie elaborat un plan de acţiuni - descrierea procesului. Ca instrument se utilizează matricea de contramăsuri (*figura 28*).

Dacă pregătirea matricei de contramăsuri continuă prin implementarea sau realizarea celor planificate, vedeţi cum derulează lucrurile.

IV. ACŢIUNE.

Pe baza analizei rezultatelor implementării, acţionaţi respectiv pentru îmbunătăţirea procesului.

„Ciclul PEVA" are următoarele oportunităţi:

- Formularea şi descrierea problemelor.
- Clarificarea originilor.

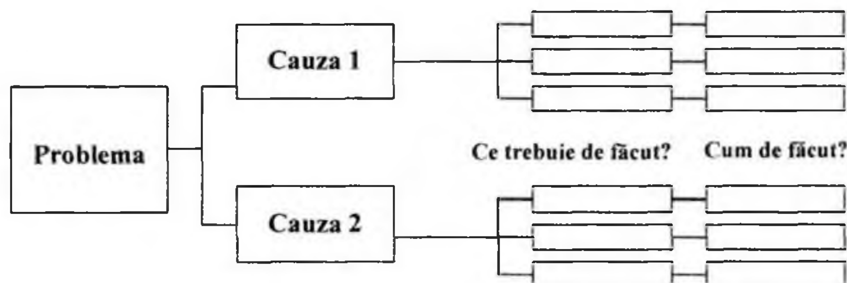


Figura 28. **Matricea de contramăsuri**

- ➢ Găsirea soluțiilor optime.
- ➢ Soluția permanentă, dacă ne reîntoarcem ca să facem corectări.

Sunt cunoscute următoarele tehnici de implementare:

- Trebuie să fie parte a strategiei instituționale.
- Totul depinde de motivație.
- Trebuie să fie subliniat, care este pasul următor.
- Să fie ilustrat progresul.
- Necesitatea unui angajament de durată, în caz contrar, se stopează imediat după acreditare/audit.
- Pași mici, dar cu succes.

Avantajele utilizării „Ciclului PEVA":

- Acuratețe și progresivitate (ierarhizarea pașilor, obiectivele trebuie să fie realiste).
- Control și feedback (până a întreprinde următorul pas).
- Implicarea participanților.
- Comunicarea, publicarea rezultatelor, transmiterea succesului și a altor părți ale organizației.

MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

7.1. DEFINIȚII ȘI OBIECTIVELE MANAGEMENTULUI RESURSELOR UMANE

Managementul resurselor umane este un concept de largă cuprindere, care se referă la filozofia, politicile, procedurile și practicile cu ajutorul cărora sunt conduși angajații. Managementul eficient al resurselor umane este esențial pentru succesul Instituției Medico-Sanitare Publice. Atunci când resursele umane sunt neglijate sau conduse necorespunzător, organizația încetează de a mai fi prosperă și poate chiar să regreseze.

Definiții ale managementului resurselor umane.

- Funcțiune care facilitează cea mai eficientă folosire a oamenilor în vederea realizării obiectivelor individuale și organizaționale.
- Funcțiune care permite organizațiilor să-și atingă obiectivele prin obținerea și menținerea unei forțe de muncă eficiente.
- Abordare strategică a asigurării, motivării, antrenării și dezvoltării resursei-cheie a unei organizații.
- Fixarea obiectivelor în raport cu oamenii, realizarea și controlul acestora într-o logică a sistemului.
- Implică toate deciziile și practicile manageriale, care afectează sau influențează direct oamenii sau resursele umane, care muncesc pentru organizație.
- Reprezintă o serie de decizii, care afectează relația dintre angajați și patroni, precum și alte părți interesate.
- Reprezintă o serie de decizii referitoare la relația de angajare, care influențează eficacitatea angajaților și a organizației.
- Ansamblul activităților de ordin operațional (planificarea, recrutarea, menținerea personalului) și de ordin energetic (crearea unui climat organizațional corespunzător), care permit asigurarea organizației cu resurse umane necesare.
- Punerea la dispoziția întreprinderii a resurselor umane necesare, cu dubla constrângere a funcționării armonioase și eficiente a ansamblului uman, precum și a respectării dorinței de dreptate, securitate și dezvoltare a angajaților.
- Cuprinde toate activitățile orientate spre factorul uman, având drept obiective: conceperea, proiectarea, utilizarea optimă, întreținerea și dezvoltarea socio-umană.
- Ansamblul activităților referitoare la asigurarea utilizării optime a resurselor umane, în beneficiul organizației, al fiecărui individ și al comunității, în general.
- Complexul de activități orientate către utilizarea eficientă a „capitalului uman", în scopul realizării obiectivelor organizaționale, simultan cu asigurarea condițiilor ce garantează satisfacerea nevoilor angajaților.

- Ansamblul deciziilor, care afectează relațiile dintre principalii parteneri sociali – patronul şi angajații, menite să asigure sporirea producătorului şi a eficienței activității economice.
- Reprezintă un complex de măsuri concepute interdisciplinar, cu privire la recrutarea personalului, selecția, încadrarea, utilizarea prin organizarea ergonomică a muncii, stimularea materială şi morală, până în momentul încetării contractului de muncă.

Obiective ale managementului resurselor umane într-o Instituție Medico-Sanitară Publică

1. ***Integrarea obiectivelor sociale şi generale*** ale IMSP prin corelarea dezvoltării umane şi sociale cu restricțiile economice ale unității (*figura 29*).

2. ***Administrarea personalului:***

a. înregistrarea personalului: întocmirea dosarelor individuale, a fişelor de bază, întocmirea statisticilor aferente, înregistrarea mişcărilor de personal etc.;
b. aplicarea dispozițiilor legate şi reglementate în instituție;
c. administrarea remunerărilor: fixarea acestora, urmărirea salariilor individuale, a primelor acordate, a plăților (reținerilor) din partea salariaților etc.;
d. calculul unor cheltuieli sociale pentru şomaj, pensii etc.;
e. calculul şi repartizarea unor avantaje sociale propuse pentru salariați.

3. ***Gestiunea personalului:***

a. întocmirea previziunii privind necesarul de forță de muncă (cantitativ, calitativ – pe specializări, calificări etc.);
b. recrutarea personalului;
c. încadrarea personalului;
d. proceduri pentru evaluarea posturilor de lucru şi a salariaților;
e. elaborarea unor planuri privind promovarea şi mutarea cadrelor.

4. ***Calculul costurilor cu personalul:***

a. determinarea diferențelor de cheltuieli cu personalul în funcție de sistemele de remunerare;
b. elaborarea bugetului costurilor personalului.

5. ***Formarea profesională:***

a. stabilirea nevoilor pentru formare profesională;
b. elaborarea planului de pregătire profesională a salariaților;
c. aplicarea prevederilor din planul de formare profesională;
d. evaluarea rezultatelor obținute.

6. ***Dezvoltarea socială:***

a. organizarea muncii în cadrul secțiilor, atelierelor şi locurilor de muncă;
b. definirea posturilor de lucru;
c. adaptarea forței de muncă la cerințele noilor tehnologii, la modificările volumului de activitate al instituției în raport cu cerințele pieței;
d. aplicarea unor metode participative (cercuri de calitate);
e. dezvoltarea unor instrumente de participare financiară.

7. ***Informarea şi comunicarea*** necesită oferirea unor elemente sintetice şi periodice, atât conducerii unității, cât şi salariaților, privind: instituția; personalul său; evoluțiile tehnologice, comerciale şi umane în cadrul unității etc. În acest scop

se practică diferite mijloace: jurnalul instituției, afișajul, sistemele audiovizuale, susținerea de conferințe etc.

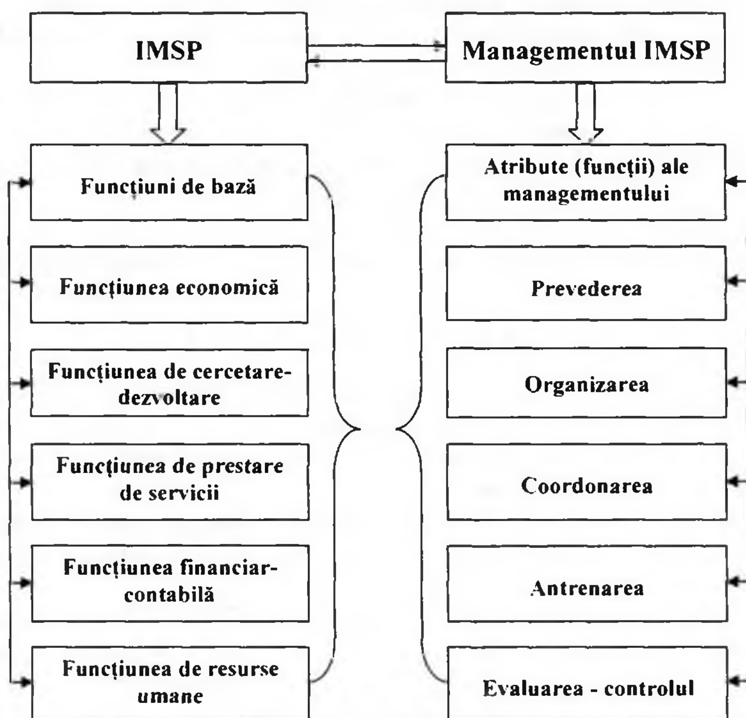


Figura 29. **Corelații între funcțiile unei IMSP și atributele managementului unității**

8. ***Îmbunătățirea condițiilor de*** **muncă** trebuie să preocupe prioritar conducerile unităților economice astfel, încât să se asigure ușurarea muncii, condiții de securitate și igienă a muncii etc.

9. ***Relațiile sociale necesită rezolvarea următoarelor probleme:***

a. cine conduce întâlnirile cu sindicatele;

b. cine se ocupă de negocierile asupra salariilor și timpilor de lucru;

c. cine se ocupă de alte negocieri (protecția socială, sistemul de participare-acționariat al salariaților etc.);

d. examinarea revendicărilor salariaților;

e. rezolvarea reclamațiilor prezentate de către reprezentanții personalului;

f. elaborarea regulamentului de ordine interioară etc.

Managementul resurselor umane este acea funcție specializată a managementului IMSP, care are ca principale responsabilități: formularea, propunerea și obținerea acceptării politicilor de personal și strategiilor organizației; consultarea și direcționarea managerilor în implementarea acestora; oferirea serviciilor de recrutare, motivare și dezvoltare necesare personalului la toate nivelurile; consultarea managerilor organizației privind consecințele schimbării.

O politică de personal este un ghid de comportament al organizației privind ceea ce va face, sau nu, cu angajații săi. De exemplu:

a) Fiecare post vacant va fi anunţat în interiorul IMSP înainte de a i se face publicitate externă.
b) Organizaţia va încuraja angajaţii să utilizeze oportunităţile de instruire şi educare, pentru a asigura calificarea cerută la promovarea sau la dezvoltarea carierei în cadrul organizaţiei.
c) Organizaţia va recunoaşte organizaţiile sindicale şi va negocia în condiţii etice cu reprezentanţii acestora.
d) Organizaţia va respecta întotdeauna legea privind angajaţii săi şi va descuraja acele activităţi care cauzează ilegalităţi.

Managementul resurselor umane cuprinde activităţile organizaţionale care vizează fluxul de personal din IMSP, condiţiile de menţinere şi de dezvoltare a acestuia.

7.2. ASIGURAREA CU RESURSE UMANE

Asigurarea cu resurse umane cuprinde totalitatea activităţilor de *recrutare, selecţie şi integrarea resurselor umane.* Aceste activităţi se succed după operaţiunea de planificare, evaluare a ofertei resurselor umane şi pregătire a posturilor.

Planificarea resurselor umane.

Procesul de evaluare a necesarului de personal din punctul de vedere al pregătirii şi al sarcinilor de timp mediu şi lung constituie procesul de planificare a resurselor umane.

Cererea pentru resurse umane depinde de cererea pentru serviciile organizaţiei, de piaţa externă a forţei de muncă şi de timpul implicat. Ea poate fi determinată utilizând metoda de la vârf spre bază şi metoda de jos în sus.

Metoda de la vârf spre bază utilizează informaţia de pe nivelul superior al activităţii organizaţionale şi o transformă în prognoza numărului şi tipului de personal cerut.

Metoda de jos în sus se bazează pe estimarea cererii pe subunităţi şi însumarea ei.

Pentru oricare dintre metodele de mai sus, prognozele trebuie să fie exacte şi să apeleze la date precise.

Un rol important în prognozarea ofertei resurselor umane îl au schimbările demografice, ca şi modificările ce intervin în profilul muncii.

Sistemul de informare privind resursele umane (SIRU), utilizat şi în procesul de planificare, poate să fie un sistem computerizat integrat, care să utilizeze centralizatoare, inventarii pentru personal.

Când există un post vacant, managerul poate descrie trăsăturile profesionale şi umane ale persoanei dorite, iar prin sistemul informaţional poate primi date despre potenţialii candidaţi.

Analiza postului.

Înainte de a angaja o persoană potrivită pentru un post, este necesar a se determina caracteristicile acestuia. Primul pas în procesul de căutare este cel de *analiză a postului,* care constă în identificarea sistemică a sarcinilor, datoriilor şi responsabilităţilor postului, precum şi a calificării necesare pentru a-l face performant. Există mai multe modalităţi, prin care o putem face: observaţia, interviul, chestionarul sau combinaţii ale acestora.

De regulă, datele obţinute prin analiza postului sunt utilizate în specificarea responsabilităţilor şi descrierea postului.

Descrierea şi evaluarea postului.

Descrierea postului. Analiza postului furnizează informaţii necesare pentru descrierea postului şi specificarea responsabilităţilor. Descrierea postului se face cu ajutorul unei fişe care conţine lista principalelor sarcini şi responsabilităţi ale acestuia. Descrierea postului poate cuprinde cerinţele fizice şi psihice pentru ocupantul postului. Specificaţiile postului trebuie să fie clare, obiective şi realizabile.

Evaluarea postului. Evaluarea postului constă în analiza şi integrarea lui în sistemul de plată. Există în acest scop mai multe metode: clasificarea posturilor, ordonarea postului, compararea factorilor şi metode ce utilizează punctajul şi performanţa.

Clasificarea grupează posturile în anumite grade sau categorii de muncă; în prealabil se defineşte fiecare categorie. Posturile de aceeaşi categorie trebuie să aibă acelaşi nivel de plată.

Metoda ordonării posturilor este cea mai simplă şi constă în aranjarea posturilor în ordinea descrescătoare a importanţei lor în organizaţie, plata efectuându-se în aceeaşi ordine.

Metoda comparării factorilor este mai complexă şi presupune descompunerea fiecărui post în factori cum ar fi: efortul mintal, efortul fizic, îndemânarea, responsabilităţile, condiţiile de muncă.

Metoda punctajelor este cea mai utilizată metodă de evaluare a postului în firmele americane. Ea constă în acordarea unui punctaj pentru fiecare dintre factorii generali (efort, îndemânare, responsabilitate) şi compensatorii ai postului (educaţie, experienţă, judecată etc.). De exemplu, studiile pot fi punctate astfel: învăţământul superior (60 de puncte); colegiul (50 de puncte); liceul (40 de puncte); şcoală de specialitate (30 de puncte); şcoală generală (20 de puncte). În final, punctele sunt adunate şi plata se face pe baza nivelului de plată stabilit pentru punctajul total.

Recrutarea personalului.

Recrutarea personalului este identificarea şi atragerea candidaţilor, care au calificarea potrivită pentru o anumită meserie şi care vor rămâne în organizaţie o perioadă rezonabilă de timp după acceptarea angajării. Recrutarea se bazează pe surse externe, dar se poate desfăşura şi din surse interne, chiar din organizaţie. Recrutarea din interiorul organizaţiei are o serie de avantaje, dar şi dezavantaje în comparaţie cu recrutarea externă.

Recrutarea internă. Fiecare organizaţie poate avea propriul program de perfecţionare în vederea pregătirii personalului necesar pentru anumite posturi.

Recrutarea externă. Sursele pentru recrutarea externă diferă în funcţie de post şi de bugetul de recrutare.

Practici de recrutare. Deşi practicile de recrutare variază în funcţie de firme, una din practicile tradiţionale aplicate este recrutarea unui număr mai mare de indivizi decât este necesar astfel încât selecţia să aleagă pe cei mai buni.

Selecţia personalului.

Odată potenţialul identificat, selecţia poate începe. În acest proces selecţionerii utilizează o varietate de informaţii. Solicitantul unui post, după completarea formularului de înscriere, poate fi invitat la intervievare pentru a se vedea dacă acesta corespunde specificaţiilor postului. Tehnicile de selecţie pot fi: interviurile, testele, centrele de evaluare, referinţele. Ele sunt alese în funcţie de importanţa postului şi bugetul alocat selecţiei.

Interviurile. Pentru desfăşurarea interviului, managerul trebuie mai întâi să cunoască cerinţele postului. Prin întrebări atent pregătite, acesta poate descoperi care persoană deţine abilităţile, competenţele cele mai bune cerute de post.

Din punctul de vedere al scenariului de intervievare, interviurile pot fi: *de grup, panel* şi *singular*. După tehnica utilizată, interviurile sunt: *structurate, indirecte şi de tip situaţie problemă.*

Pentru ca interviul să fie eficient reţineţi următoarele aspecte:

- cel care ia interviul trebuie să cunoască foarte bine descrierile postului din fişa respectivă şi dosarul de înscriere depus de fiecare candidat;
- interviul nu trebuie să fie întrerupt, să fie dominat de un climat destins şi echilibrat;
- candidatul trebuie să aibă sentimentul că i se acordă importanţă, fiind primit la timp pentru interviu şi felicitându-l pentru alegere;
- întrebările puse trebuie să vizeze răspunsuri spontane, neconvenţionale, evitând reluarea informaţiilor din curriculum vitae;
- întrebările trebuie să nu solicite răspunsuri tranşante, evidente, de tip Da sau Nu, preferând răspunsuri ample din care să vă extrageţi informaţiile utile;
- răspunsurile la întrebări trebuie ascultate cu atenţie urmărind în acelaşi timp şi gestica candidatului, iar eventualele notaţii să se facă discret fără a întrerupe discuţia;
- încheiaţi interviul zâmbind şi transmiţând candidatului data la care ar putea afla decizia cu privire la selecţie;
- cei care nu au fost admişi pe post trebuie informaţi în cel mai scurt timp, iar cei care vor lucra pentru firmă trebuie felicitaţi şi invitaţi la o recepţie.

Testările. Se utilizează o variantă de teste în procesul de selecţie, unele având ca scop evaluarea cunoştinţelor solicitanţilor, abilităţilor lor, altele urmărind măsurarea inteligenţei, personalitatea şi interesele.

Testele de selecţie pot fi grupate în şase categorii: teste de cultură generală şi de specialitate, teste de aptitudine şi abilitate, teste de inteligenţă, teste de personalitate, teste de efort fizic şi teste privind interesul candidatului de a lucra în organizaţie. În recrutarea personalului de execuţie cele mai indicate teste sunt cele de abilitate, în timp ce pentru selecţia managerilor cele mai indicate sunt testele de personalitate şi inteligenţă.

Metoda centrelor de evaluare. Metoda constă în gruparea solicitanţilor unui post şi organizarea unor exerciţii, discuţii de grup, prelegeri, teste, lucrări de creaţie, simulări de situaţie. Se pot determina astfel calităţile de care dispun solicitanţii postului: capacitatea de comunicare, de organizare, de planificare, de a lua decizii, iniţiativa, comportamentul, flexibilitatea, originalitatea, gradul de autonomie sau alt potenţial. Evaluările prin aceste centre sunt deseori utilizate în selecţie. Singura problemă este obiectivitatea celor care efectuează evaluarea.

Referinţele. Utilizate în vânătoarea de capete, în selecţia candidaţilor pentru anumite domenii, recomandările oferite de anumite persoane constituie surse informaţionale valoroase în evaluarea unor candidaţi. Important este ca dialogul (verbal, scris, anchetă) dintre selecţioner şi ofertantul recomandării să aibă loc fără implicarea candidatului. Tehnica este utilizată de centrele profesioniste de recrutare sau de

managerii, care au decizia finală de alegere. Unele companii au ofițer de recrutare, care se ocupă numai de investigațiile privind viața profesională și personală a candidaților și angajaților organizației.

7.3. MENȚINEREA RESURSELOR UMANE

Stabilirea recompenselor.

Instrument principal în menținerea personalului unei organizații, recompensa, de cele mai multe ori sub forma bănească, stimulează obținerea performanței la locul de muncă. De aceea, ea afectează recrutarea personalului și performanța, dar și costul determinat de muncă.

- **Plata directă** este compusă în general din salarii (sumă fixă acordată săptămânal sau lunar pentru munca depusă conform contractului de angajare) și câștiguri suplimentare, dependente de numărul orelor lucrate peste program.
- **Plata indirectă** poate cuprinde participarea la împărțirea profitului sau alte stimulente materiale dependente de performanțele obținute.
- **Plata pentru performanță**. Situația ca plata să se facă integral pentru performanță este mai rar întâlnită; deseori performanța constituie baza câștigului suplimentar.

Aprecierea performanței este importantă în identificarea deficiențelor, aptitudinilor angajaților și stă la baza perfecționării în post.

Relații de muncă.

Relațiile de muncă bazate pe corectitudine, încredere și sinceritate, însoțite de o legislație care să le stimuleze, constituie cheia succesului organizației. Există trei activități de bază ce stau sub semnul relațiilor de muncă.

Sindicalizarea. Angajații simt că flexibilitatea și libertatea lor în organizație este determinată de existența unui sindicat, care să le apere interesele.

Managerii trebuie să răspundă doleanțelor raționale ale sindicatelor, acordând satisfacerea revendicărilor cerute, dacă aceasta este posibil, informând angajații despre efectuarea unor schimbări importante din firmă sau despre strategiile de dezvoltare ale acesteia.

Negocierea colectivă. Patronatul, manageriatul din organizațiile sindicalizate au obligația de a negocia și de a duce tratative cu reprezentanții sindicatelor, în vederea discutării și stabilirii salariilor, programului de lucru, condițiilor de muncă, drepturilor angajaților. Dacă apare o situație nefavorabilă, angajații pot declanșa grevă sau patronul poate concedia angajații.

Identificarea neînțelegerilor și soluționarea lor. Nemulțumirile formale ale angajaților se numesc neînțelegeri. Tipic neînțelegerile provin din interpretări greșite ale contractului patron – sindicat. Aceste neînțelegeri pot fi rezolvate prin forul ierarhic superior.

7.4. DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE

1. Evaluarea performanțelor.

În practica managerială a IMSP de astăzi, îndeosebi a celor americane și vest-europene, există o multitudine de metode de evaluare a performanței, dintre care mai utilizate sunt următoarele: metoda scalei de evaluare (Rating Scale); aprecierea

prin probe (Essays); metoda incidenţelor critice (Critical Incidents); *managementul prin obiective.*

Metoda scării de evaluare caracterizează dependenţa judecăţii şi atitudinii şi este utilizată pentru selecţia personalului şi determinarea performanţei. Un model posibil de lucru este prezentat în formular.

Aprecierea prin eseuri se utilizează în completarea unei alte metode şi constă în descrieri făcute de angajat cu privire la: calitatea şi cantitatea muncii depuse, abilitatea de a colabora cu grupul de muncă, aria de sarcini ce trebuie îmbunătăţită, recomandări şi aprecieri globale.

Metoda incidentelor critice are la bază identificarea comportamentelor ce determină performanţa excelentă şi cea slabă din activitatea angajatului. Este de altfel şi un feedback important pentru angajat.

Metoda scărilor valorice ale comportamentului ia în considerare o serie de trepte cum ar fi: excelent, foarte bun, bun, mediu, sub-mediu, slab, nesatisfăcător şi este o combinaţie a primelor două metode.

Managementul prin obiective este metoda de evaluare cea mai utilizată atât pentru executanţi, cât şi pentru manageri. Aprecierea se face prin compararea obiectivelor propuse de către angajaţi cu realizarea acestora în perioada planificată.

În afara acestor metode de apreciere a personalului există şi unele tehnici cum ar fi: aprecierea prin ordonarea comparativă (Ranking Method), evaluarea prin alegere forţată (Forced-Choice Rating), tehnica listei de control, comparaţii cu standarde de muncă prestabilite.

2. Analiza şi proiectarea posturilor.

Analiza postului este procesul de colectare, analiză şi integrare a informaţiilor privind obiectul principal al postului, conţinutul şi natura sarcinilor, rezultatele, criteriile de performanţă, componentele, responsabilităţile, precum şi factorii organizaţionali, motivaţionali, de dezvoltare şi de mediu.

Planificarea necesarului de resurse umane

Planificarea necesarului de resurse umane presupune identificarea numărului exact al efectivului de persoane pe care fiecare compartiment din cadrul unei organizaţii îl utilizează de la o perioadă la alta.

Acest efectiv este prevăzut în funcţie atât de necesităţile de resurse umane ale fiecărui compartiment, cât şi de obiectivele globale ale organizaţiei. Sinteza conţinutului managementului necesarului de personal vezi *figura 30.*

Sistemul de planificare şi analiză a performanţei (SPAP) este o metodă prin care angajaţilor li se arată ce se aşteaptă de la ei şi cum este măsurată performanţa lor.

Perioada de analiză a performanţei durează un an, începând de la 1 ianuarie şi până la 31 decembrie. În prima lună, angajaţii şi evaluatorul stabilesc un plan de dezvoltare a performanţei. În timpul anului pot avea loc întâlniri de stabilire a progresului în performanţă. Datele necesare pentru a activa SPAP pot fi sintetizate conform formularului.

Aprecierea performanţei este desigur subiectivă, fiind făcută de oameni, iar anumite erori nu pot fi evitate. Factorii care pot determina apariţia unor astfel de erori sunt: efectul de halou, varietatea standardelor, influenţa performanţelor recente, părtinirea, severitatea examinatorului.

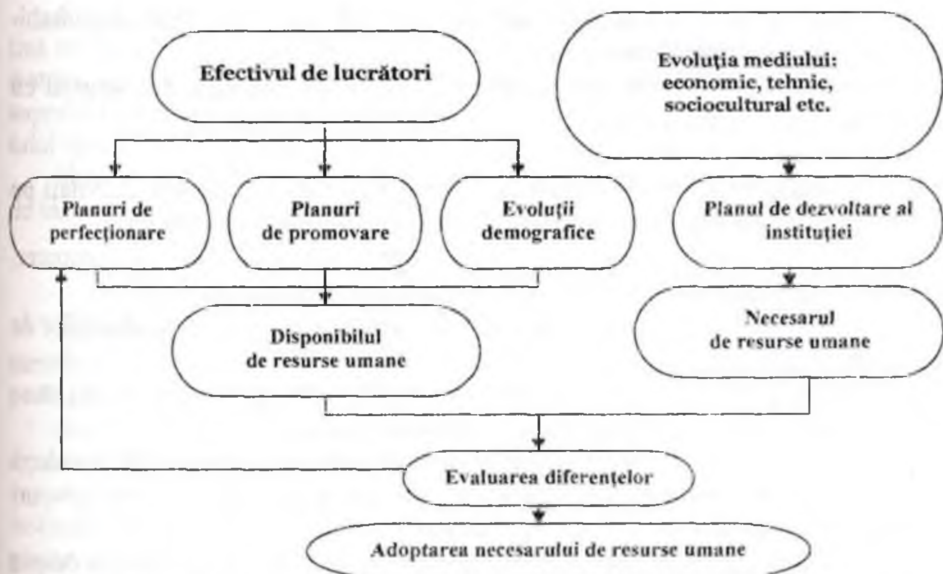


Figura 30. **Conţinutul managementului previzional al necesarului de resurse umane**

Efectul de halou este întâlnit atunci când evaluatorul apreciază angajatul ca având performanţă înaltă sau scăzută pe baza unui singur criteriu. Când apare acest efect, performanţa nu este evaluată corect.

Varietatea standardelor poate conduce la erori de înregistrare a performanţei. Standardele care nu utilizează criterii precise şi nu sunt clar definite sunt pasibile de interpretări.

Performanţele recente pot influenţa inexactitatea aprecierii prin neluarea în considerare a ceea ce persoana a realizat în trecut. Evaluatorul are în vedere ultima realizare, ea fiind mai aproape de momentul aprecierii. De aceea este recomandabilă înregistrarea performanţelor pe tot parcursul perioadei supusă observaţiei şi chiar autoevaluarea performanţei.

Părtinirea afectează evaluarea performanţei prin luarea în considerare a unor păreri personale ale celui care face evaluarea. În acest caz, protecţia cea mai bună ar fi utilizarea documentaţiei în determinarea evaluărilor.

Dezvoltarea personalului

Schimbarea este cerută continuu pentru progresul organizaţiei. Angajaţii se adaptează la nou dacă se fac investiţii în instruirea şi dezvoltarea capacităţii lor. Organizaţia trebuie să le asigure actualizarea continuă a cunoştinţelor pentru a menţine performanţa la cote înalte.

Există *două categorii* de programe pentru instruire şi dezvoltare managerială: programe de instruire pe post şi programe de instruire în afara postului.

În prima categorie pot fi incluse:

– *antrenarea neformală,* când managerul şi subordonatul discută despre tehnicile manageriale şi problemele existente, fără a exista o formă prestabilă de comunicare;

– *antrenarea formală,* când se programează periodic întruniri între manageri şi angajaţi pentru a discuta despre situaţiile existente şi eventuala lor rezolvare;

– *rotația pe post și transferul* sunt metode prin care se stabilesc responsabilități în diferite sectoare de activitate;

– *fixarea cunoștințelor* prin colaborarea dintre un manager sau angajat cu experiență și unul fără experiență;

– *instruirea prin mentori* utilizând consilieri și profesori.

A doua categorie de metode este mult mai vastă și include activități pe care managerul sau angajatul le pot desfășura în afara locului de muncă:

– *lecturarea, seminarizarea și instruirea* prin metode similare pe computer, în special în domeniul afacerilor;

– *studiile de caz* utilizează calculatorul și video-ul în descrierea situațiilor de luare a deciziilor;

– *grupul T* sau sesiuni organizate în așa fel, încât să permită fiecăruia să se aprecieze, să se vadă singur prin prisma comportării celorlalți;

– *jocul rolurilor* utilizat mai mult pentru dezvoltarea relațiilor interumane;

– *analiza tranzacțională* se bazează pe interacțiunile dintre individ și grupuri trecând prin ipostazele de copil, adult, părinte;

– *modelarea comportamentală* se finalizează prin instruirea corectă despre modul cum trebuie să ne comportăm în situații critice ce pot apare în organizație sau în afară;

– instruirea prin utilizarea unui *coș panel* cu diferite scrisori, memorii și alte exerciții care cer decizii rapide;

– *managementul carierei* utilizează programe de instruire bazate în principal prin a arăta importanța poziției în carieră și modalități de a străbate drumul spre cea mai bună poziție.

Reguli de reducere a stresului în procesul de instruire.

1. ***Clarificați, mai întâi, obiectivele de bază.*** Chiar dacă în aparență subiectul este mare, el se poate descompune în elemente simple, ușor abordabile care să antreneze și clasa în discuții.

2. ***Insistați asupra problemelor practice.*** Informația pe care o dăm în timpul instruirii ar trebui să aibă aplicabilitate imediată în practică. Exemplele trebuie să fie utilizate în punctarea cursului.

3. ***Porniți cu lucrurile simple.*** Instruirea trebuie să se facă plecând de la problemele simple spre cele complexe. Pe cât este posibil, noțiunile complexe trebuie să fie împărțite în probleme simple. De regulă, oamenii simt nevoia să pornească cu pași mici în descoperirea lucrurilor mari.

4. ***Puneți întrebări în loc să dați răspunsuri.*** Este imposibil pentru cei mai mulți din instructori să poată răspunde la orice întrebare. Clasa trebuie să știe că și dv. sunteți acolo pentru a învăța împreună cu ea. De aceea, din când în când puteți întreba: „Este cineva care a lucrat cu acest tip de problemă? Spuneți-ne și nouă". Acest mod va determina pe fiecare să învețe de la fiecare și puteți dobândi și d-voastră multe informații.

5. ***Dați posibilitate cursanților să arate ce au învățat.*** Feedback-ul celor învățate se răsfrânge asupra mentorului, determinându-l să-și modifice stilul de învățare. Dacă lecturarea este insuficientă, puteți încerca un exercițiu, un studiu de caz, o poveste sau chiar o piesă de teatru.

6. Creați o atmosferă relaxată. Cursanții doresc să învețe lucruri noi, să obțină informații despre evenimentele ce le afectează viața. Pentru aceasta ei preferă o atmosferă relaxată, amuzantă chiar, decât una crispată și greu suportabilă. Sunteți suportat ca instructor numai în măsura în care aduceți în clasă și perspectiva subiectului despre care ați vorbit.

Urmând aceste sfaturi, cu siguranță veți avea succes în munca dumneavoastră de instruire și perfecționare umană.

7.5. RECRUTAREA RESURSELOR UMANE

Recrutarea este activitatea managementului resurselor umane, care identifică sursele de candidați calificați pentru ocuparea unui post și îi determină să candideze pentru ocuparea unor posturi noi sau vacante în cadrul unei organizații.

Studiu de caz rezolvat: ***Program de recrutare a personalului medical din cadrul unei Instituții Medico-Sanitare Publice.***

Acest exemplu de program este tipic procedurii utilizate în cadrul multor instituții de sănătate (spitale, clinici) din țările occidentale în vederea asigurării personalului medical. În strategia pe care o urmăresc, spitalele au în vedere ca numărul personalului medical să fie în concordanță cu nevoile de îngrijire a sănătății populației aflate în evidența acestei instituții. Activitatea desfășurată în cadrul spitalului de către personalul medical presupune exercitarea profesiei atât în cadrul instituției, cât și în mediul rezidențial acesteia.

Etapele de realizare a unui program de recrutare a personalului medical se pot desfășura în ordinea următoare:

Etapa 1: Determinarea specialităților medicale necesare satisfacerii nevoilor exprimate de populația aflată în evidența instituției de sănătate în funcție de mărimea și specificul populației, echipamentul existent în cadrul acesteia; capacitatea și mărimea de care instituția dispune.

Etapa 2: Realizarea unui studiu privind populația rezidentă instituției de sănătate, cuprinzând următoarele: date demografice referitoare la populație; date și informații despre existența unor servicii asemănătoare celor oferite de spital în cadrul altor instituții de specialitate; piața potențială pentru diversitatea specialităților medicale oferite de respectiva instituție de sănătate. Datele și informațiile obținute în urma acestui studiu urmează a fi centralizate, iar analiza ce urmează a fi făcută în viitoarea etapă este de natură să evidențieze avantajele și/sau dezavantajele pe care le presupune atât recrutarea internă, cât și cea externă a personalului medical necesar.

Etapa 3: Analizarea datelor și a informațiilor obținute în etapa a doua și determinarea priorităților în cadrul fiecărei specialități a personalului medical. Totodată, în cadrul acestei etape se definitivează strategia de marketing ce urmează a fi implementată. Astfel se identifică mijloacele mass-media prin intermediul cărora se exprimă nevoia de recrutare a instituției medicale, respectiv: televiziune (posturi locale și/sau naționale), radio; ziare și reviste; broșuri și jurnale medicale

etc. De asemenea, se au în vedere, ca surse de recrutare externă, instituțiile medicale (școli, licee, universități), diverse organisme de formare și cabinete de consultanță, agențiile de recrutare.

Etapa 4: Centralizarea rezultatelor implementării strategiei de marketing. Principalul rezultat obținut în cadrul acestei etape îl constituie achiziționarea curriculumurilor vitae (CV) ale personalului medical interesat să lucreze în colectivul instituției de sănătate.

Etapa 5: Discutarea, de către directorul administrativ al instituției de sănătate și echipa care se ocupă de realizarea recrutării noului personal medical, a CV candidaților, al căror potențial (calități, aptitudini și pregătire) corespunde cel mai bine necesităților medicale ale populației rezidente spitalului, deci ale postului sau posturilor pentru care candidează. În cadrul acestei etape se acordă un interes deosebit informațiilor privind populația rezidentă, respectiv timpul liber, stilul de viață, dimensiunile educaționale și culturale ale acesteia. Acestea sunt centralizate și, alături de informațiile referitoare la spital (inclusiv echipamentele utilizate și facilitățile oferite de respectiva instituție sanitară), vor fi distribuite candidaților. Astfel, fiecare candidat poate face o comparație între nevoile și interesele sale, pe de o parte, și oportunitățile oferite de spital, pe de altă parte, evidențiind avantajele și luând în considerare și potențialele dezavantaje. De asemenea, pot avea loc discuții cu potențialii noi angajați referitoare la alte oportunități și probleme diverse legate de activitatea viitoare a noului angajat.

Etapa 6: Stabilirea datei pentru efectuarea unor vizite de către medic și soția acestuia. Aceste vizite se vor desfășura după un itinerar stabilit pe durata a două-trei zile și vor consta din întâlniri și discuții atât cu reprezentanții populației aflate în evidența spitalului, cât și cu medicii care își desfășoară activitatea în cadrul spitalului și soțiile lor. Va fi definitivat, totodată, planul de orientare al spitalului, care urmează a fi înmânat noului personal medical ce urmează a fi angajat. De asemenea, se vor stabili dineuri și servirea altor mese.

Etapa 7: Întâlnirea medicului și a soției acestuia fie la aeroport, fie în cadrul hotelului unde urmează a fi cazat pe durata desfășurării itinerarului. Împreună cu aceștia se parcurge programul și se vor stabili ultimele detalii, eventual se vor face modificări. În cadrul acestei etape urmează efectuarea de vizite populației rezidente spitalului și interviuri cu aceasta. Astfel, se vor obține răspunsuri la probleme legate de starea sănătății persoanelor aflate în evidența spitalului. Alături de aceste vizite se va face și un tur de orientare în cadrul spitalului, prezentându-se facilitățile pe care le oferă, inclusiv birourile sau oficiile special amenajate pentru studiul individual al medicilor. Discuțiile ce urmează a fi purtate în urma acestor întrevederi și vizite vor fi de natură să identifice și să rezolve orice problemă ar apărea (inclusiv cea legată de aspectele financiare).

Etapa 8: Redactarea unei scrisori de mulțumire în care se exprimă aprecierea pentru acceptarea itinerarului şi speranța într-o decizie favorabilă din partea personalului medical. Alături de aceasta vor fi expediate acele informaţii care au fost cerute de către personalul medical şi, totodată, se vor prezenta punctele forte ale vizitelor şi domeniile de activitate în care interesul prezentat este major. Astfel, se încurajează şi se determină pozitiv personalul medical să accepte oferta de a-şi desfăşura activitatea în cadrul spitalului. Aceasta se constituie, de fapt, într-o ultimă oportunitate de *„a vinde"* personalului medical populația rezidentă instituției de sănătate şi de-a influența favorabil decizia acestuia.

Etapa 9: Obținerea acordului sau exprimarea refuzului. Dacă oferta este acceptată, se vor face anunțuri în mass-media, incluzând: radioul, televiziunea, jurnale, broşuri, reviste etc. Anunțurile vor fi însoțite de fotografii ale noului personal medical. De asemenea, se vor pregăti contractele atât pentru activitatea ce urmează a fi desfăşurată de către medicul respectiv în instituția de sănătate, cât şi pentru spațiul în care urmează să locuiască, împreună cu familia, pe durata exercitării profesiei. În cadrul instituției de sănătate vor avea loc întrevederi şi interviuri cu personalul care va asista şi care va lucra cu medicul nou angajat.

MANAGEMENTUL ÎN ECONOMIA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

8.1. INTRODUCERE ÎN ECONOMIA SANITARĂ. DEFINIȚIE ŞI OBIECT DE STUDIU

Economia este ştiinţa care se ocupă cu studiul producerii şi alocării bunurilor şi serviciilor în condiţiile unor resurse limitate. Ea se bazează pe două legităţi universale: dorinţele şi nevoile oamenilor sunt nelimitate, iar resursele disponibile pentru a le satisface sunt limitate. Astfel, economia studiază modul, în care resursele sunt utilizate pentru satisfacerea cerinţelor, uneori fiind denumită *ştiinţa sărăciei.*

Cele trei întrebări fundamentale, care stau la baza economiei sunt:

1. *Ce bunuri şi servicii trebuie produse?*
2. *În ce mod trebuie produse aceste bunuri şi servicii?*
3. *Către cine trebuie repartizate aceste bunuri şi servicii?*

Economia poate fi:

– *pozitivă* – studiază ceea ce există în realitate: ce bunuri sunt produse, cum anume şi către cine sunt distribuite; sau

– *normativă* – studiază ceea ce ar trebui să fie şi modul de implementare a acestui obiectiv în practică.

Economia sanitară studiază modul, în care sunt produse şi furnizate îngrijirile de sănătate, în condiţiile unor resurse limitate. Cele trei întrebări fundamentale ale economiei sunt valabile şi pentru economia sanitară, cu specificarea că bunurile şi serviciile produse sunt reprezentate de îngrijirile de sănătate. Acesta este motivul, pentru care se mai foloseşte în loc de economie sanitară şi termenul de economia serviciilor de sănătate.

După o perioadă de incertitudine de câteva decenii, datorată teoriei conform căreia resursele pentru sănătate nu trebuie limitate *economia sanitară* s-a dezvoltat esenţial. Astăzi este evident, că nici o ţară nu poate aloca resurse nelimitate pentru îngrijirile de sănătate, indiferent de nivelul dezvoltării economice a ei.

Un sistem economic reprezintă un mod de distribuţie a resurselor astfel încât să fie satisfăcute nevoile, deci să răspundă celor trei întrebări fundamentale: ce producem, cum producem şi pentru cine producem.

Există două sisteme distincte, care încearcă să atingă aceste deziderate:

– *sistemul economiei centralizate* – în care statul evaluează nevoile consumatorilor şi decide ce bunuri să fie produse şi cum anume, precum şi distribuţia acestor bunuri;

– *sistemul economiei de piaţă liberă* – în care statul permite indivizilor să decidă ce bunuri să fie produse, în concordanţă cu distribuţia iniţială a resurselor

(statul poate avea însă rolul de a redistribui resursele iniţiale între indivizi pentru a atinge obiective de echitate).

În practică, majoritatea statelor au sisteme economice, care operează între aceste două extreme. Deoarece eşecul economiei centralizate este cunoscut, să vedem cum ar trebui să funcţioneze un sistem de piaţă liberă.

Pe parcursul ultimelor decenii conducerea serviciilor de sănătate este cu insistenţă preocupată de câteva aspecte ale asigurării sănătăţii populaţiei, şi anume:

– creşterea continuă în mase a solicitărilor şi cheltuielilor pentru sănătate;

– costurile exagerate ale tehnologiilor medicale supraspecializate de diagnostic şi tratament prevăzute pentru un număr restrâns de bolnavi şi volumul mare de îngrijiri elementare ale sănătăţii strict necesare tuturor;

– obstacolele financiare ce apar în asigurarea sau în obţinerea de îngrijiri medicale adecvate, şi mai ales a celor de strictă necesitate;

– consecinţele economice condiţionate de starea de sănătate alterată, boală şi insuficienţa de cunoaştere a avantajelor oferite de îngrijirile medicale pentru consumator şi colectivitate;

– modul în care sănătatea populaţiei şi serviciile medicale pot avea o mai mare contribuţie la dezvoltarea economică şi la progresul general al colectivităţilor etc.

Aceste aspecte rezumă, în ultimă instanţă, la problemele ce le impune «economicul» în asigurarea unei sănătăţi mai bune şi la cele, pe care boala le creează în dezvoltarea economică a colectivităţii.

Analiza, chiar sumară, a situaţiei din orice teritoriu arată că numai sporirea continuă a cheltuielilor sanitare nu constituie singura soluţie în rezolvarea problemelor de sănătate, chiar dacă se operează etapizat cu priorităţi şi renunţări. În soluţionarea lor se cere participarea conducerii colectivităţii – care cunoaşte posibilităţile materiale şi financiare ce le poate repartiza, a serviciilor medicale ce folosesc resursele colectivităţii pentru asigurarea sănătăţi precum şi a populaţiei ce beneficiază de îngrijiri de sănătate şi medicale. Conducerea colectivităţii, care asigură resursele şi plăteşte „factura" cheltuielilor pentru sănătate, trebuie să cunoască de la început – şi nu numai la sfârşit – ce efecte favorabile se vor obţine asupra sănătăţii şi bolii. Serviciilor medicale li se pretinde să cunoască nu numai problemele de sănătate şi volumul resurselor necesare, ci şi costul evitării bolii sau al agravării, al îngrijirilor bolii la nivelul diferitelor structuri medicale (dispensar, policlinică, spital) pentru a desprinde avantajul ce-l oferă acestea pentru bolnav şi colectivitate, pentru a putea alege modalităţile de rezolvare ce au efect mai mare şi cost mai redus, pentru că resursele – totdeauna limitate – să fie bine gospodărite. Populaţia din orice teritoriu necesită să fie informată că „producţia de îngrijiri medicale" are totdeauna limite, oricât s-ar dezvolta şi diversifica, şi că în evitarea abuzului şi risipei consumatorul are rolul cel mai important.

Cu asemenea aspecte se ocupă economia aplicată în domeniul sănătăţii sau economia sanitară. Ca şi economia educaţiei, a culturalizării, a serviciilor pentru populaţie, ca şi orice alte economii de ramură mai recent apărute – economia sanitară are în aria preocupărilor atât sectoarele ce asigură repartizarea resurselor pentru sănătate, cât şi pe acelea ce realizează sau consumă îngrijirile destinate sănătăţii. Economia sanitară e studiul din punct de vedere economic al nevoilor şi consumului de îngrijiri pentru sănătate, al activităţilor şi acţiunilor medicale, al

randamentului „producătorului”, al costurilor şi eficienţei activităţilor, programelor şi unităţilor sanitare, al avantajului ce-l aduc acestea pentru familii şi colectivitate. Prin cercetările sale, cu ajutorul variatelor metode şi tehnici ce le foloseşte, ea oferă informaţii sub formă de cantităţi asupra necesarului şi repartizării resurselor pentru sănătate din cadrul sistemului global social-economic (al macrosistemului ocrotirii sănătăţii), asupra modului de folosire a acestora în propriul sistem sanitar, asupra măsurii, cu care sănătatea participă la o viaţă productivă social-economică, sau cu care boala îi produce pierderi; ea asigură informaţii asupra volumului şi structurii consumurilor, costurilor diferitelor activităţi pentru sănătate, asupra tendinţei şi distribuţiei lor teritoriale etc.

Mai concis, economia sanitară este studiul din punct de vedere economic al necesarului, repartizării şi folosirii resurselor în rezolvarea problemelor de sănătate şi al eficienţei acestora în cadrul sistemului global social-economic şi al propriului sistem sanitar.

Obiectivul imediat al economiei sanitare este de a forma o gândire şi o conduită practică economică la personalul medical, de a obişnui întregul personal al unităţilor medicale cu raţionamentul economic, cu necesitatea ca în realizarea oricăror activităţi, acte şi acţiuni medicale să se ia în considerare şi latura «economicului» îmbinând-o cu criteriile sociale şi umanitare. Economia sanitară se adresează în primul rând personalului medical, şi prin aceasta, tuturor cadrelor din unităţile sanitare ce realizează transformarea resurselor, precum şi beneficiarilor de acte de sănătate – populaţiei; prin intermediul conducerilor serviciilor medicale, ea îşi propune – totodată – să documenteze conducerile teritoriale în asigurarea repartiţiei de resurse necesare pentru sănătatea populaţiei şi de avantajele unei sănătăţi mai bune.

Obiectivul final al economiei sanitare – ca metodă de conducere – este de a asigura trecerea de la metode administrative la metode economice de conducere în întreg sistemul medical, ca fiecare unitate sanitară să intre în circuitul economic naţional şi teritorial, cu toate rezervele şi posibilităţile de care dispune.

8.2. UTILITATEA ECONOMIEI SANITARE

Însuşirile economiei sanitare în practica ocrotirii sănătăţii se folosesc:

– în argumentarea necesităţilor dezvoltării de noi unităţi şi cadre medico-sanitare pentru un teritoriu ori pentru creşterea sau restructurarea capacităţilor la unităţile existente;

– în susţinerea solicitărilor – la conducerea ministerului sau a teritoriului, în comisiile de plan, buget etc. – în asigurarea suportului financiar pentru acţiuni sanitare impuse de noi situaţii epidemiologice ori pentru noi activităţi de masă dispuse prin reglementări recente;

– în analiza ori motivarea depăşirii cheltuielilor totale la bugetul unităţii sau a costurilor speciale (cost/consultaţie, cost zi/spitalizare, cost/anchetat într-o depistare de masă a bolii, cost/km transport la ambulanţe etc.) ca urmare a creşterii preţurilor la mijloacele ce asigură sectoarele nemedicale (aparatură, instrumentar, medicamente şi materiale sanitare, întreţinere şi funcţionare etc.);

– în aprecierea şi prezentarea contribuţiei;

– în activitățile și acțiunile medicale de ameliorare a sănătății populației (depistări organizate pentru boală, vaccinări, evitarea unor factori de risc prin educația sanitară a populației etc.);

– în reducerea morbidității și ameliorarea sănătății forței de muncă și implicit la creșterea populației, productivității muncii sociale și venitului național;

– la introducerea unui nou program sanitar pentru reducerea frecvenței morbidității populației etc.;

– la analiza și prezentarea prin tehnici specializate (analiza de sistem, analiza cost/avantaj, cost/eficacitate etc.) a soluțiilor posibile, cu selectarea soluției optime, în rezolvarea unei probleme de sănătate sau în stabilirea priorităților programului sanitar teritorial;

– în prezentarea realizărilor activităților, acțiunilor și programelor sanitare prin gospodărire optimă a resurselor etc.

8.3. SISTEMUL PIEȚEI LIBERE

Piața reprezintă locul unde producătorii și consumatorii se întâlnesc pentru schimbul de bunuri. Pentru ca bunurile să fie tranzacționate, ele trebuie să aibă un preț. Prețul reprezintă valoarea unui produs la un moment dat pe piață.

Fiecare tranzacție de pe piață prezintă două aspecte:

cererea – cantitatea de bunuri, pe care cumpărătorii sunt dispuși să le cumpere la un preț dat, la un anumit moment;

oferta – cantitatea de bunuri, pe care producătorii doresc să le vândă la un preț dat, la un anumit moment.

Cererea. Cererea este atributul consumatorilor. Modelul economic al comportamentului consumatorilor pleacă de la observația că toți cumpărătorii își folosesc veniturile astfel încât să obțină un maxim de bunăstare sau utilitate. Aceasta se realizează prin cumpărarea unor bunuri și servicii în funcție de venitul disponibil, plecând de la presupunerea că fiecare consumator știe cel mai bine cum să-și creeze bunăstarea, și deci, ce anume să cumpere. De asemenea, cumpărătorii caută furnizorii cu prețurile cele mai mici pentru același produs.

Când vorbim despre cerere, ne referim la *cererea efectivă,* adică la cantitatea de bunuri pe care cumpărătorii sunt dispuși să o cumpere la un preț dat.

Cererea pentru un bun (produs sau serviciu) este determinată de două grupuri de factori:

– *factori specifici individuali* sau „gusturi”, care țin de vârstă, sex, obiceiuri, cultură, educație etc.

– *factori externi indivizilor,* dar comuni societății:

- prețul bunului;
- prețul celorlalte bunuri (substitutive și complementare);
- prețul viitor al bunurilor;
- venitul indivizilor;
- mărimea pieței;
- distribuția veniturilor în interiorul pieței.

În funcție de modul, în care cererea pentru un bun variază la modificarea venitului cumpărătorilor, bunurile pot fi:

– *superioare* – dacă cererea pentru ele creşte proporţional cu creşterea venitului;

– *normale* – dacă cererea pentru ele creşte proporţional mai puţin decât creşterea venitului;

– *inferioare* – dacă cererea pentru ele scade cu creşterea venitului.

Bunurile *substitutive (alternative)* sunt acele bunuri, care se pot cumpăra şi consuma în locul bunului respectiv.

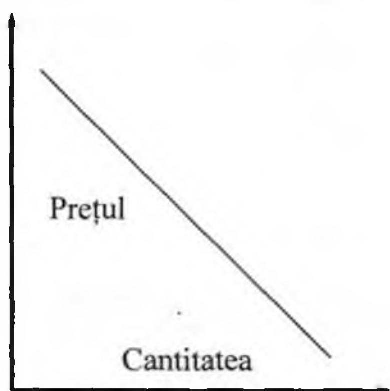


Figura 31. **Curba cererii**

Bunurile *complementare* sunt acele bunuri, care se consumă împreună cu bunul respectiv. Cu cât preţul unui produs este mai mare cu atât se găsesc mai puţini cumpărători şi cantitatea cerută este mai mică, iar cu cât preţul este mai mic cu atât vor fi mai mulţi cei, care vor dori să cumpere şi deci cererea va fi mai mare. Reprezentarea grafică a relaţiei între preţul unui produs şi cantitatea cerută la un moment este curba cererii (*figura 31*).

Oferta. Oferta este atributul furnizorilor. Ea reprezintă cantitatea de bunuri, pe care producătorii vor să o vândă la un preţ dat. Într-o piaţă liberă perfectă, furnizorii doresc să-şi maximizeze profitul, au stimulente pentru a produce ceea ce vor să cumpere consumatorii şi au stimulente să producă la costuri minime. De asemenea, noi furnizori pot intra pe piaţă şi pot să-şi vândă produsele la preţurile, la care vor să cumpere consumatorii, eliminând de pe piaţă furnizorii ineficienţi.

Factorii, care influenţează oferta sunt:

- maximizarea profitului;
- forma de proprietate;
- schimbările tehnologice;
- factorii de producţie;
- schimbări ale costurilor resurselor;
- taxe/subvenţii;
- schimbări în preţul celorlalte bunuri.

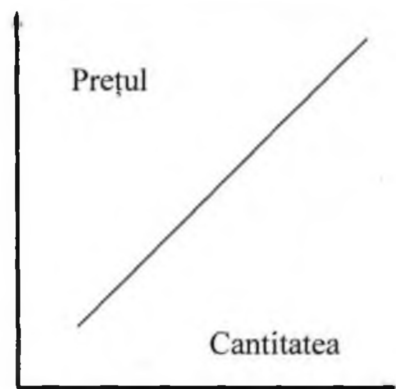


Figura 32. **Curba ofertei**

Reprezentarea grafică a relaţiei între preţul unui produs şi cantitatea oferită spre vânzare la un moment dat este curba ofertei (*figura 32*).

Preţul minim acceptat este costul marginal al ultimei unităţi de produs.

Pe piaţa liberă, preţul unui bun este cel care aduce în balanţă cererea şi oferta, determinând echilibrul pieţei. Preţul la care cererea pentru un bun este egală cu oferta pentru acelaşi bun se numeşte *preţ de echilibru* (*figura 33*).

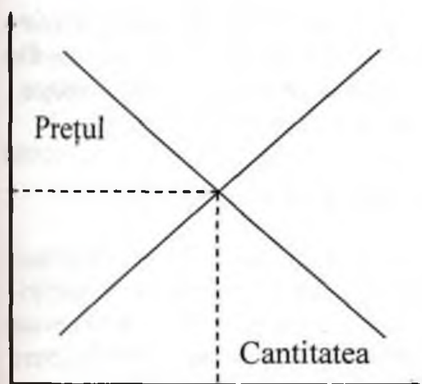


Figura 33. **Stabilirea prețului**

Elasticitatea reprezintă modul, în care o cantitate cerută sau oferită variază la modificarea unuia dintre factorii, care o influențează (prețul, venitul etc.). Ea este definită ca raportul între schimbarea procentuală a cantității cerute și schimbarea procentuală a factorului determinant.

Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mare decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mare decât 1. În acest caz, spunem că fenomenul analizat este *elastic*. Dacă schimbarea procentuală a cantității este mai mică decât a factorului determinant, atunci elasticitatea este mai mică decât 1, deci fenomenul este *inelastic*. În cazul în care schimbarea are loc în aceeași proporție, elasticitatea va fi 1, iar fenomenul analizat *unitar elastic*.

Optimul pieței libere.

Cel mai bun sistem economic se consideră sistemul care are la bază piața liberă cu prețul de echilibru. Să vedem în continuare care sânt condițiile optime de funcționare a unei piețe libere.

Condițiile necesare pentru ca o piață să funcționeze liber și astfel să rezulte o alocare optimă a resurselor în societate sunt:

1. *Existența unui grad cât mai mare de competiție între furnizori* se realizează prin:

- intrare liberă pe piață;
- cunoașterea perfectă a tranzacțiilor de pe piață;
- cât mai mulți furnizori și cumpărători, astfel încât nici unul dintre ei să nu poată influența singur prețul;
- costuri egale de transport și tranzacție;
- mobilitate a factorilor de producție;
- un mare grad de omogenitate a bunurilor (să fie comparabile);
- o scală a costurilor de producție constantă (sau descrescătoare).

2. *Existența unei piețe complete.* Piețele incomplete sunt acelea, în care prețul bunurilor de pe piață nu reflectă exact toate costurile implicate. Unii dintre factorii, care stau la baza piețelor incomplete sunt:

- *externalitățile:* beneficii sau costuri derivate din producerea sau cumpărarea unui bun, care se reflectă și asupra altora decât cei implicați în tranzacție, și care nu se reflectă în prețul bunului tranzacționat. Externalitățile pot fi pozitive sau negative.
- *bunurile publice:* sunt bunuri „fără rival și de la care nu poate fi exclus nimeni", adică bunuri, de la care nu poți opri lumea să le consume și a căror disponibilitate nu este afectată de numărul consumatorilor.
- *bunurile merituoase:* bunuri, despre care decidenții nu sunt neutri (indiferenți) în legătură cu cât se consumă.

3. *Necesitatea consumatorilor de a avea şi de a fi capabili să înţeleagă informaţiile asupra preţurilor, precum şi asupra eficacităţii şi calităţii bunurilor.* De asemenea, se presupune, că fiecare consumator ştie cu certitudine ceea ce doreşte.

4. *Existenţa unei distribuţii echitabile a activelor înainte de tranzacţii.*

8.4. PIAŢA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Sănătatea este un bun fundamental, care nu se poate cumpăra în cadrul unei pieţe, iar determinanţii ei sunt *„bagajul" genetic, stilul de viaţă, mediul şi îngrijirile de sănătate.* Deoarece nevoia de îngrijiri de sănătate este determinată de nevoia de sănătate, spunem despre ele, că sunt un bun derivat şi că cererea lor este o cerere derivată.

De ce există cererea de sănătate? Sănătatea este o investiţie. Dorim o sănătate mai bună deoarece obţinem beneficii psihice simţindu-ne bine, în timp ce, dacă suntem bolnavi, obţinem beneficii negative. Ne dorim o sănătate mai bună, ca să muncim şi astfel să câştigăm bani, în timp ce venitul nostru poate scădea dacă suntem bolnavi.

Îngrijirile de sănătate au *următoarele caracteristici:*

- sunt esenţiale şi nu pot fi substituite;
- sunt un bun derivat necesar îmbunătăţirii sănătăţii;
- beneficiile unor îngrijiri de sănătate sunt nesigure.

Cererea de îngrijiri de sănătate.

Este evident că la baza cererii de îngrijiri de sănătate *este necesitatea în sănătate.* Alţi determinanţi ai cererii de îngrijiri de sănătate sunt:

– *preţul îngrijirilor de sănătate* – Preţul reprezintă un determinant important al cererii individuale. În general, costul care stă la baza preţului este format din două componente: *costurile medicale directe* şi *costurile indirecte ale pacientului.* Pacientul plăteşte de obicei toate costurile indirecte şi frecvent unele părţi ale costurilor medicale (directe);

– *preţul altor bunuri* – deoarece acestea pot influenţa costul resurselor necesare îngrijirilor de sănătate;

– *venitul individual* – în general, creşterea venitului determină o cerere mai mare, dar sunt şi situaţii inverse;

– *vârsta, nivelul educaţional, obiceiurile;*

Principalele tipuri de nevoi de îngrijiri de sănătate sunt:

– *nevoia percepută* – ceea ce pacientul consideră că ar avea nevoie;

– *nevoia cerută* – ceea ce pacientul solicită unui furnizor de servicii;

– *nevoia normativă* – ceea ce consideră un profesionist că ar avea nevoie pacientul;

– *nevoia comparativă* – la nivel populaţional, plecând de la nevoile observate la alte populaţii.

Deci, nevoia de îngrijiri de sănătate este un concept relativ, care implică atât individul, cât şi societatea, totul având drept punct de plecare sărăcia informaţiei, de care dispune un pacient în legătură cu „nevoile" sale de îngrijiri de sănătate. Această problemă a determinării nevoii de îngrijiri de sănătate stă la baza *relaţiei de agenţie,* care apare între furnizorii de îngrijiri de sănătate şi pacienţi.

Specificul relației de agenție în cazul îngrijirilor de sănătate. este cel care determină fenomenul cunoscut sub numele de *cerere indusă de ofertă.*

Oferta de îngrijiri de sănătate.

Oferta de îngrijiri de sănătate este reprezentată de cantitatea de îngrijiri de sănătate ce se furnizează consumatorilor de către furnizorii de servicii de sănătate.

Factorii care influențează oferta sunt:

- costul de producție, care este greu de calculat;
- tehnicile alternative de producție (îngrijirile primare și secundare etc.);
- substituirea resurselor (posibilitatea de substituire a capitalului cu forță de muncă);
- piața resurselor (comportamentului furnizorilor în funcție de sistemul de plată);
- alte sectoare ale economiei (autoritățile locale, serviciile sociale, organizațiile voluntare).

Principalele unități de furnizare a ofertei de îngrijiri de sănătate sunt:

- practicianul de îngrijiri primare de sănătate;
- unitățile sanitare.

Nici una dintre aceste unități de producție nu tinde spre maximizarea profitului și posibilitatea de alegere a resurselor și a rezultatelor. Ambele tipuri de unități pot fi considerate ca firme multiprodus ale căror rezultate au dimensiuni calitative și cantitative.

Practicianul de îngrijiri primare de sănătate are următoarele caracteristici:

- nu reprezintă o unitate tipică de producție, activitatea sa având o puternică componentă socială;
- timpul său este principala resursă;
- nu poate aborda o standardizare a îngrijirilor;
- pune accent pe importanța discreției medicale și a libertății clinice;
- are rolul de „portar" pentru accesul la serviciile spitalicești și specializate de ambulatoriu.

Spitalul este consumatorul principal al resurselor pentru sănătate. *Principalele sale caracteristici sunt:*

- nu este „fabrica" sectorului sanitar;
- nu acționează ca antreprenor pentru maximizarea profitului;
- reglementările determină spitalele să nu poată face un profit „excesiv";
- foarte importantă este discreția clinică.

Există două caracteristici principale, care diferențiază spitalul de majoritatea firmelor:

- natura eterogenă a îngrijirilor de sănătate și diversitatea factorilor, în funcție de care putem face gruparea lor: mărime, specialități etc.;
- identificarea celor, care decid este foarte dificilă deoarece responsabilitatea este împărțită între un număr mare de indivizi. Din această cauză, conducerea spitalului se face pe considerente medicale și nu economice, iar datorită incertitudinii inerente ce prevalează asupra fiecărui caz, rezultă dificultatea evaluării exacte a resurselor necesare funcționării eficiente.

Un factor foarte important ce influențează activitatea furnizorilor de îngrijiri de sănătate îl reprezintă *calitatea* îngrijirilor de sănătate. Modul, în care calitatea influențează oferta de îngrijiri de sănătate derivă din următoarele aspecte:

- calitatea este legată de natura şi rezultatul îngrijirilor primite;
- este un factor foarte important al pieţei medicale;
- accentul pus pe pregătirea medicală poate duce la o variaţie a calităţii;
- poate exista o alocare greşită spre calitate în dauna cantităţii.

În concluzie, oferta de îngrijiri de sănătate este o problemă foarte complexă, ea fiind „o complicată secvenţă de răspunsuri adaptative în faţa incertitudinii".

Piaţa serviciilor de sănătate.

Faptul că piaţa serviciilor de sănătate nu este o piaţă liberă se întâlneşte în literatură sub denumirea de *eşecul pieţei* – „market failure".

Cauzele, pentru care piaţa serviciilor de sănătate nu poate funcţiona adecvat ca o piaţă liberă sunt următoarele:

1. *Lipsa competiţiei:*
- restricţie la intrarea pe piaţă (trebuie o atestare pentru a putea furniza servicii);
- mobilitate redusă a factorilor de producţie;
- eterogenitatea îngrijirilor de sănătate;
- existenţa economiilor de scară şi de scop.

2. *Imperfecţiuni informaţionale şi asimetria informaţională:*
- cunoştinţe limitate asupra propriei stări de sănătate;
- dificultatea evaluării eficacităţii clinice;
- specificul relaţiei de agenţie şi cererea indusă de ofertă;
- competiţia nu pentru preţuri, ci pentru calitate.

3. *Pieţe incomplete:*
- prezenţa externalităţilor (pozitive şi negative);
- sănătatea ca bun merituos;
- bunurile periculoase: bunuri al căror consum are efect negativ asupra sănătăţii;
- rolul altruismului.

4. *Argumentele de genul echităţii:*
- distribuţia inegală a veniturilor;
- nevoi de sănătate mai mari la cei cu venituri mici.

În faţa acestui eşec al pieţei libere în sfera serviciilor de sănătate se pune întrebarea dacă trebuie să intervenim pe această piaţă şi cum anume. Răspunsul este „Da", iar această intervenţie se face prin reglementările, care stabilesc modul de funcţionare a pieţei serviciilor de sănătate. Dacă sistemul îngrijirilor de sănătate este unul centralizat, atunci reglementările nu sunt numeroase, deoarece piaţa nu este liberă, iar cererea şi oferta de îngrijiri de sănătate sunt determinate central. Cu cât piaţa îngrijirilor de sănătate este lăsată să evolueze mai mult spre o piaţă liberă, cu atât ea este mai reglementată, pentru a nu se manifesta foarte puternic faptul că ea nu poate fi o piaţă perfectă. Reglementările, care se fac acţionează fie în direcţia stimulării funcţionării pieţei pentru a putea funcţiona într-adevăr ca o piaţă liberă perfectă, fie în direcţia diminuării efectelor negative ce rezultă din faptul că ea nu este o piaţă perfectă.

Problema de bază este că piaţa nu poate fi eficientă în schimburile, care se concentrează pe termen scurt, între un număr mic de oameni, care tranzacţionează, unde informaţia atât asupra naturii bunului, cât şi asupra rezultatului aşteptat este

necunoscută, unde bunul este puţin substituibil între consumatori şi unde sunt mari probleme potenţiale legate de incertitudinea şi complexitatea luării deciziei.

8.5. CUMPĂRAREA ŞI CONTRACTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Cumpărarea serviciilor. Aşa cum s-a descris în subcapitolele anterioare, în majoritatea sistemelor de sănătate, pacientul nu mai este cel, care cumpără direct serviciile, de care are nevoie. Cumpărarea serviciilor se face de către terţul plătitor, folosind în acest scop resursele colectate de la contribuabili.

Această idee de „cumpărare a serviciilor de sănătate" este oarecum nouă, deoarece iniţial sistemele, care aveau la bază un terţ plătitor, funcţionau pe principiul plăţii furnizorilor în concordanţă cu serviciile acordate pacienţilor. Cu timpul s-a observat însă că, datorită specificului relaţiei de agenţie şi cererii induse de ofertă, nivelul serviciilor cerute de pacienţi depăşeşte posibilităţile de finanţare. De aici a apărut ideea de raţionalizare a serviciilor, care trebuie oferite pacienţilor, în funcţie de nevoile de sănătate identificate la nivel populaţional.

Până de curând, în majoritatea ţărilor, funcţia de evaluare a nevoilor de sănătate la nivel populaţional şi de cumpărare de servicii în legătură cu nevoile identificate era integrată în organizaţii, care erau în acelaşi timp şi furnizoare de servicii de sănătate. Din această cauză, funcţia de cumpărare se face de cele mai multe ori având în vedere nu atât nevoile populaţiei, cât cele ale furnizorilor de servicii de sănătate.

Pentru a rezolva această situaţie, s-au separat cei care cumpără servicii în numele populaţiei de cei, care furnizează serviciile. Acest proces poartă denumirea *de separare a cumpărătorului de furnizor.*

În cadrul reformării serviciilor primare noul cumpărător al serviciilor de sănătate este reprezentat de Compania Naţională de Asigurări Medicale, iar furnizorii de îngrijiri sânt medicii de familie subordonaţi Ministerului Sănătăţii.

Ceea ce se întâmplă în acest caz în practică este faptul că terţul plătitor se preocupă predominant de modul de plată al furnizorilor şi mai puţin de evaluarea nevoilor populaţiei. Chiar dacă au puterea financiară, cumpărătorii sunt frecvent dominaţi de interesele profesioniştilor din interiorul organizaţiilor furnizoare de servicii sau merg pe calea, fără a face vreo evaluare a cost-eficacităţii serviciilor, care sunt furnizate. Acesta este motivul, pentru care trebuie accentuat acest rol „de gândire" în cadrul unor astfel de organizaţii de cumpărători de servicii de sănătate.

Obiectivul general al cumpărătorilor este de a maximiza îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei din aria lor, iar acest lucru se face prin evaluarea nevoilor şi cumpărarea de servicii eficace şi cost-eficace. Alte obiective mai pot include cumpărarea de servicii, care să răspundă unor criterii, cum ar fi accesibilitatea, calitatea etc.

Rolurile şi activităţile unui cumpărător de servicii de sănătate sunt:
- evaluarea nevoilor de servicii ale populaţiei;
- identificarea strategiilor cost-eficace de soluţionare a acestor nevoi;
- evaluarea serviciilor existente şi a modului, în care acestea pot răspunde strategiilor identificate;

- consultarea doctorilor/publicului/pacienţilor asupra valorilor sociale şi asupra priorităţilor;
- urmărirea politicilor naţionale şi locale;
- definirea a ceea ce se doreşte a se cumpăra;
- stabilirea unor contracte cu furnizorii, cu specificarea cantităţii, calităţii şi costului serviciilor;
- monitorizarea/evaluarea furnizorilor;
- folosirea informaţiilor obţinute pentru un nou ciclu de cumpărare/contractare.

Evaluarea nevoilor populaţiei nu este uşor de realizat mai ales în contextul unor diferite definiţii ale nevoilor. Au fost descrise în literatură nevoi percepute, nevoi cerute, nevoi normative şi nevoi comparative. Un termen ideal este acela al *nevoii obiective,* care reflectă nevoia reală de servicii de sănătate a unui pacient.

Economiştii folosesc frecvent în evaluarea nevoilor termenul de „capacitate de a beneficia", care uneşte conceptul de nevoie obiectivă cu cel de disponibilitate a unui tratament eficace, care să răspundă acelei nevoi.

Toţi aceşti termeni diferă de *priorităţi,* care sunt definite ca modul de înţelegere a nevoilor de către cei, care fac politicile de sănătate, nevoi filtrate printr-o sită a consideraţiilor politice.

În evaluarea nevoilor necesare procesului decizional al cumpărării este necesară o viziune asupra întregii comunităţi (maximizarea îmbunătăţirilor stării de sănătate), ceea ce uneori poate duce la conflicte de interese cu medicii clinicieni, care doresc să furnizeze pacienţilor lor cele mai bune tratamente disponibile.

Argumentul în favoarea unui scop explicit de maximizare a ameliorării stării de sănătate este acela că forţează politicienii, managerii şi doctorii să precizeze clar, care sunt priorităţile în domeniul sănătăţii. Cealaltă soluţie este aceea a unor decizii bazate pe principii mai puţin explicite, cum ar fi: preferinţele furnizorilor, relaţiile dintre decidenţi sau „primul venit – primul servit".

Pentru determinarea nevoilor sunt necesare trei tipuri de informaţii:
- *epidemiologice* (prevalenţa şi incidenţa bolilor în populaţie). Chiar având aceste date legate de structura şi caracteristicile populaţiei nu putem stabili imediat serviciile necesare, ştiut fiind că majoritatea factorilor, care stau la baza sănătăţii sunt situaţi în afara sectorului sanitar; de aceea este important să fie identificate acele probleme, care pot fi rezolvate efectiv de către sectorul sanitar şi apoi să se stabilească priorităţi în funcţie de resursele disponibile;
- *medicale şi economice* – eficacitatea şi cost-eficacitatea tratamentelor disponibile;
- *instituţionale* – ce servicii există pentru a răspunde acestor nevoi. Aceasta implică nu numai existenţa serviciilor, dar şi modul în care sunt utilizate şi dacă au o calitate adecvată.

Contractarea serviciilor. Pasul următor în procesul cumpărării este contractarea serviciilor necesare cu furnizori de îngrijiri.

În acest context, când există un singur furnizor, va fi foarte greu de negociat şi de obţinut servicii, care sunt necesare populaţiei. În cazul prezenţei mai multor

furnizori, cumpărătorul trebuie să solicite relaţii pe termen lung cu aceştia, şi nu să încerce doar o competiţie a preţurilor între furnizori în detrimentul pacienţilor şi al intereselor publicului.

Există situaţii când pe piaţă nu acţionează doar un singur cumpărător, ci mai mulţi; riscul unei astfel de situaţii este acela că se pierde din vedere aspectul comunitar în favoarea unuia mai individual. O soluţie în acest caz o reprezintă gruparea acestor cumpărători pentru a-şi coordona politicile privind cumpărarea anumitor servicii.

În oricare situaţie, în care există o separare a cumpărătorilor de furnizori, trebuie să existe o formă de înţelegere între aceştia privind tipul, volumul, calitatea şi costul îngrijirilor de sănătate, care vor fi furnizate. Aceste înţelegeri iau de obicei forma unor contracte.

Indiferent de cine este cumpărătorul (administraţia sanitară, casa de asigurări, medicii de familie etc.) sau furnizorul, orice contract trebuie să conţină următoarele aspecte:

- natura muncii furnizate;
- volumul şi calitatea muncii furnizate;
- preţul muncii furnizate şi modul de plată (în avans, în etape sau retrospectiv);
- unele informaţii referitoare la procesul muncii (dacă sunt relevante);
- modul de monitorizare a contractului şi informaţiile, care vor fi furnizate;
- aspecte legale referitoare la nerespectarea contractului etc.
- în practică, alegerea tipului de contract este determinată de:
- mărimea cumpărătorului/furnizorului;
- volumul contractului;
- abilitatea de a prevedea cât mai corect volumul de muncă;
- modul, în care furnizorii îşi aleg pacienţii.

Contractarea reprezintă încă ceva nou pentru multe sisteme de sănătate, care abia au trecut de la un sistem integrat al cumpărătorilor şi furnizorilor la un sistem unde apare despărţirea între furnizori şi cumpărători. De aceea, contractarea ca proces evoluează o dată cu creşterea experienţei participanţilor. Pentru început însă este nevoie ca aceste contracte să fie cât mai explicite referitor la natura, volumul şi calitatea serviciilor şi să implice un cost rezonabil de monitorizare. Cu timpul ele vor evolua spre acea balanţă, în care cumpărătorul doreşte servicii cât mai cost-eficace, care să răspundă nevoilor populaţiei, iar furnizorul, o planificare pe termen lung şi o piaţă stabilă pentru serviciile furnizate.

8.6. EVALUAREA ECONOMICĂ A ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate reprezintă o metodă, prin care se răspunde la trei întrebări fundamentale ale economiei sanitare: *ce servicii trebuie produse, în ce mod şi pentru cine.* În literatură, evaluarea economică se mai întâlneşte şi sub denumirea de evaluare a eficienţei.

Primul pas în abordarea acestui subiect îl reprezintă definirea termenilor de eficacitate şi eficienţă.

Eficacitatea reprezintă gradul, în care o anumită activitate produce rezultatele, care se aşteaptă de la ea (indiferent de resursele folosite).

Eficienţa implică nu numai abordarea rezultatelor unei activităţi, ci şi a resurselor utilizate; există o *eficienţă tehnică,* prin care se doreşte producerea unor rezultate aşteptate folosind cât mai puţine resurse, şi o *eficienţă alocativă,* în care resursele şi rezultatele sunt folosite în modul cel mai bun cu putinţă, astfel încât să rezulte un maxim de bunăstare.

Evaluarea îngrijirilor de sănătate poate fi împărţită în două părţi: în primul rând, o evaluare a eficacităţii îngrijirilor respective, apoi o evaluare a eficienţei – ceea ce implică luarea în calcul atât a costurilor şi a beneficiilor, cât şi a altor tipuri de îngrijiri de sănătate eficace.

Acest capitol abordează doar problema evaluării eficienţei, dar nu trebuie uitat faptul că *oricare evaluare a eficienţei trebuie precedată de o evaluare a eficacităţii.*

Evaluarea economică este importantă deoarece încearcă să dea răspunsul la întrebarea cum să folosim resursele limitate în faţa unor nevoi şi dorinţe nelimitate.

Evaluarea economică reprezintă procesul, prin care se compară două sau mai multe alternative din punctul de vedere al resurselor consumate şi al rezultatelor obţinute. Ea implică deci, două laturi indispensabile: pe de o parte, analizarea a cel puţin două alternative şi, pe de altă parte, analizarea simultană atât a costurilor, cât şi a rezultatelor obţinute.

O privire sumară asupra diferitelor evaluări ale îngrijirilor de sănătate este prezentată în *tabelul 57.* Resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obţinute pot fi exprimate prin: efecte asupra stării de sănătate, utilităţi asociate fiecărei stări de sănătate sau beneficii economice asociate fiecărei stări de sănătate.

Tabelul 57

Caracteristicile distinctive ale evaluărilor îngrijirilor de sănătate

Se compară două sau mai multe alternative?		Se examinează atât costurile (resursele), cât şi rezultatele (efectele) alternativelor?		
		NU		**DA**
	NU	se examinează doar rezultatele	se examinează doar costurile	
	NU	**evaluare parţială**		**evaluare parţială**
	NU	**1A.** Descrierea rezultatelor	**1B.** Descrierea costurilor	**2.** Descrierea cost/rezultat
	DA	**evaluare parţială**		**evaluare economică completă**
	DA	**3A.** Evaluarea eficacităţii	**3B.** Analiza costului	**4.** Minimizarea costurilor Analiza cost-eficacitate Analiza cost-beneficiu Analiza cost-utilitate

Procesul, care stă la baza unei evaluări economice este acela de a identifica mai multe alternative şi apoi de a studia pentru fiecare dintre ele ce resurse sunt necesare, şi care sunt rezultatele obţinute.

În *tabelul 58* sunt arătate principalele tipuri de costuri şi consecinţe folosite în realizarea evaluărilor economice.

În momentul realizării unei evaluări economice trebuie să încercăm să determinăm toate resursele necesare, precum şi toate efectele rezultate.

Tabelul 58

Tipuri de costuri şi consecinţe folosite în evaluarea economică

COSTURI	CONSECINŢE
I. Costuri organizaţionale şi operaţionale din sectorul sanitar	**I.** Schimbări ale stării de sănătate (efecte fizice, psihice, sociale)
II. Costuri aferente pacienţilor şi familiilor lor: - plăţile din buzunar; - alte resurse folosite de pacient şi familie pentru tratament; - timpul de absenţă de la muncă; - costurile psihice (durerea, anxietatea etc.)	**II.** Schimbări în folosirea resurselor (beneficii) pentru funcţionarea serviciilor din sectorul sanitar: 1. aferente afecţiunii originale; 2. aferente altor afecţiuni pentru pacient şi familia sa; 3. economii sau mai mult timp liber; 4. economisirea timpului de absenţă de la muncă.
III. Costuri aferente externalităţilor	**III.** Schimbări în calitatea vieţii pacientului şi a familiei sale (utilitatea)

Nivelul resurselor utilizate se exprimă prin costurile implicate, costuri, care sunt de mai multe tipuri. De altfel, chiar şi consecinţele intervenţiei pot fi grupate în mai multe tipuri.

Determinarea costurilor.

Costurile pot fi abordate din mai multe perspective; astfel, în contabilitate ele apar sub aspectul unor bani ce reflectă ceea ce se plăteşte real, dar într-o evaluare economică vorbim despre costul oportunităţii.

Costul oportunităţii unei resurse reprezintă beneficiile, care ar fi putut fi generate prin folosirea resursei în cea mai bună alternativă posibilă.

O primă clasificare a costurilor este aceea de costuri directe şi indirecte.

Costurile directe sunt acele costuri determinate efectiv de furnizarea unui serviciu de sănătate. Costurile organizaţionale sunt o parte a costurilor directe. Ele reprezintă totalitatea costurilor (din sectorul sanitar) implicate pentru realizarea activităţii, care este supusă evaluării economice. Tot din costurile directe mai fac parte şi plăţile directe făcute de pacienţi, precum şi alte resurse folosite de pacient şi familie pentru tratament.

Costurile indirecte sunt costurile, care nu sunt date de furnizarea efectivă a serviciului respectiv, dar se asociază cu acest fapt. În categoria costurilor indirecte intră costurile datorate absenţei de la muncă şi costurile psihice.

Pentru determinarea costurilor necesare desfăşurării fiecărei activităţi este necesar să identificăm iniţial costurile totale ale furnizorului respectiv. Apoi alocăm aceste costuri pentru fiecare activitate desfăşurată la nivelul instituţiei respective.

Costul total (CT) – al unei firme reprezintă costul necesar realizării produsului (la un nivel dat).

Costul total este format din mai multe costuri: costuri fixe, costuri semivariabile şi costuri variabile.

Costurile fixe (CF) – sunt acele costuri ce rămân independente faţă de nivelul producţiei. Ele pot varia în timp, dar nu sunt dependente de producţie (de exemplu, închirierea unui spaţiu necesar desfăşurării activităţii).

Costurile variabile (CV) – sunt acele costuri dependente în funcţie de nivelul producţiei, ele variind o dată cu fiecare nou produs (Ex. costul materiilor prime).

Costurile semivariabile (CSV) – sunt acele costuri ce variază numai la realizarea anumitor niveluri de producţie (de exemplu, costul necesar angajării unor noi salariaţi). Se observă că, de fapt, costurile semivariabile sunt un caz particular de costuri variabile.

Importante sunt definiţiile a încă două tipuri de costuri: costul mediu şi costul marginal.

Costul mediu reprezintă costul producerii unei unităţi dintr-un bun (sau dintr-un serviciu) şi se obţine prin împărţirea costurilor totale la numărul de unităţi produse.

Costul marginal este costul suplimentar necesar producţiei unei noi unităţi dintr-un produs (cu cât cresc costurile, dacă nivelul producţiei creşte cu o unitate).

Asemănător cu costul marginal se defineşte şi *costul incremental,* care este costul necesar variaţiei producţiei între două niveluri date, raportat la variaţia numărului de bunuri produse.

Este interesant de observat că, în timp ce costul mediu include atât elemente ale costurilor fixe, cât şi variabile, costul marginal include numai acele elemente de cost, care apar în urma creşterii producţiei (costurile variabile).

Foarte importantă într-o evaluare economică este luarea în consideraţie a preferinţei de timp, adică a faptului că societatea preferă să aibă bani şi să-i cheltuiască acum mai degrabă decât în viitor. Din această cauză, chiar în absenţa inflaţiei, un leu este mai valoros acum decât peste un an.

Acesta este motivul, pentru care în momentul realizării unei evaluări economice, costurile şi beneficiile care apar în viitor trebuie reprezentate la valoarea lor prezentă. Acest proces poartă denumirea de proces de actualizare a costurilor, iar mijlocul, prin care se realizează, este *rata de actualizare.*

Dacă, aşa cum am amintit, în toate evaluările economice resursele se exprimă prin costurile implicate, ceea ce desparte diferitele tipuri de evaluări economice este modul de a exprima şi de a măsura consecinţele intervenţiilor analizate.

Astfel, în practică se folosesc patru tipuri de evaluări economice:

- minimizarea costurilor;
- analiza cost-eficacitate;
- analiza cost-utilitate;
- analiza cost-beneficiu.

Analiza de minimizare a costurilor.

Această evaluare economică este cel mai simplu tip de evaluare economică şi presupune că rezultatele intervenţiilor sunt identice. În această situaţie, deoarece

avem aceleaşi consecinţe, se identifică şi se analizează doar costurile implicate de fiecare dintre alternative.

Analiza cost-eficacitate.

Analiza cost-eficacitate permite compararea mai multor alternative, care ating aceleaşi obiective, dar într-o măsură diferită. Condiţia esenţială pentru realizarea unei astfel de evaluări este ca beneficiile să se exprime în aceeaşi unitate de măsură.

În analiza cost-eficacitate consecinţele se exprimă în unităţi „naturale", cel mai frecvent în ani de viaţă câştigaţi sau decese evitate. Este o analiză economică deplină, deoarece evaluează atât costurile, cât şi consecinţele alternativelor şi poate compara intervenţii, care nu au aceleaşi rezultate, dar care au consecinţe ce se pot exprima prin aceeaşi unitate de măsură.

Astfel, într-o analiză cost-eficacitate, putem compara consecinţele transplantului renal cu cele ale dializei spitaliceşti, consecinţe exprimate prin numărul de ani de viaţă prelungită. Putem însă să comparăm chiar şi un program de prevenire a deceselor prin accidente de bicicletă folosind casca de protecţie cu un program de chirurgie cardiacă, cu condiţia ca să evaluăm numărul de ani de viaţă câştigaţi în urma fiecăruia dintre aceste programe.

Analiza cost-eficacitate ia în considerare numai un aspect al îmbunătăţirii stării de sănătate (prelungirea vieţii sau evitarea decesului), dar nu ţine cont de celălalt aspect al îmbunătăţirii stării de sănătate, şi anume, calitatea vieţii.

Analiza cost-utilitate.

În această analiză, consecinţele intervenţiilor sunt măsurate prin utilitatea generată de fiecare dintre ele. Utilitatea se referă la valoarea, care se acordă unei stări specifice de sănătate şi poate fi măsurată prin preferinţele indivizilor sau societăţii pentru fiecare stare particulară de sănătate.

Această tehnică de evaluare economică are marele avantaj că încearcă să evalueze consecinţele alternativelor şi din punctul de vedere al calităţii vieţii postintervenţie.

Consecinţele sunt valorizate prin unităţi naturale, care încearcă să reflecte utilitatea asociată fiecărei stări de sănătate. Punctul comun al acestor unităţi de măsură este acela al combinării prelungirii vieţii cu calitatea vieţii asociată acestor ani. Cele mai frecvent folosite unităţi de măsură sunt: anii de viaţă ajustaţi în funcţie de calitatea vieţii („quality adjusted life years" - QALY), ani de viaţă sănătoşi („years of healthy life" - YHL) sau ani de viaţă ajustaţi în funcţie de disabilităţile prezente („disability adjusted life years" - DALY).

În cazul analizei cost-utilitate, pentru fiecare dintre stările de sănătate consecutive intervenţiilor se atribuie un anumit număr de QALY, de exemplu marele neajuns al acestei metode este acela al identificării pentru fiecare stare specifică de sănătate a numărului de QALY.

De exemplu, consecutiv unui transplant renal, să presupunem că pacientul mai poate trăi 10 ani, ceea ce reprezintă anii de viaţă câştigaţi. Apoi trebuie să evaluăm calitatea vieţii pentru aceşti ani de viaţă câştigaţi (deoarece, de exemplu, calitatea vieţii nu este aceeaşi dacă eşti sănătos sau dacă iei toată viaţa medicaţie imunosupresoare). Să zicem că într-o astfel de situaţie calitatea vieţii este 50% din calitatea vieţii unui om sănătos de aceeaşi vârstă. Rezultă un beneficiu post-transplant renal de 5 QALY ($10 \times 0,5 = 5$).

Dificultatea atribuirii unui număr de QALY fiecărei stări specifice de sănătate derivă din dificultatea evaluării calităţii vieţii pentru fiecare stare specifică de sănă-

tate. Pentru a atribui fiecărei stări de sănătate o anumită calitate a vieții se folosesc mai multe tehnici de determinare. Cele mai cunoscute metode, prin care se încearcă evaluarea calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănătate sunt:

- măsurarea pe o scală a raporturilor;
- loteria standard „standard gamble";
- schimbul temporal „time trade-off".

În final cost-utilitate se compară pentru fiecare dintre alternative costul per QALY sau invers, câți QALY se obțin pentru fiecare unitate monetară folosită.

Analiza cost-beneficiu.

În acest tip de analiză, atât costurile, cât și beneficiile sunt exprimate în termeni monetari. Este o analiză destul de rar întâlnită datorită dificultății de apreciere a consecințelor în termeni monetari.

Avantajul metodei constă în faptul că pot fi comparate orice intervenții, indiferent de tipul rezultatelor. Marele dezavantaj al metodei este acela al aprecierii în termeni monetari a consecințelor.

După identificarea costurilor și a beneficiilor, rezultatele evaluării se pot exprima printr-un raport cost/beneficii sau o diferență beneficii minus costuri.

Această metodă de evaluare economică poate fi folosită și pentru comparații cu alternativa „nu facem nimic", care uneori poate fi mai bună decât o intervenție, pentru care costurile sunt mai mari decât beneficiile.

În *tabelul 59* se pot observa modalitățile de măsurare a costurilor și a consecințelor în momentul realizării unei evaluări economice.

Tabelul 59

Măsurarea costurilor și a consecințelor în diferitele tipuri de evaluare economică

Tipul evaluării	Măsurarea costurilor	Tipul consecințelor	Măsurarea consecințelor
Minimizarea costurilor	Bani	Identice în toate aspectele relevante	Nu
Cost-eficacitate	Bani	Implică un singur efect comun ambelor alternative, dar realizat în grade diferite	Unități naturale (ani de viață câștigați etc.)
Cost-beneficiu	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele comune se pot realiza în grade diferite	Bani
Cost-utilitate	Bani	Implică unul sau mai multe aspecte, nu neapărat comune ambelor alternative; efectele se pot realiza în grade diferite	„Zile sănătoase" sau „ani de viață câștigați ajustați în funcție de calitatea vieții" – QALY

Întrebările, care trebuie avute în vedere în momentul analizării unei evaluări economice sunt următoarele:

1. Care a fost contextul evaluării economice?
2. S-a făcut o descriere cuprinzătoare a alternativelor?
3. S-a stabilit anterior eficacitatea alternativelor?
4. S-au identificat toate costurile şi consecinţele alternativelor?
5. Unităţile de măsură pentru măsurarea consecinţelor sunt cele mai potrivite?
6. Sunt credibile valorile atribuite costurilor şi consecinţelor?
7. S-a făcut ajustarea temporară a valorii costurilor şi a consecinţelor?
8. S-a efectuat o analiză incrementală a costurilor şi consecinţelor alternativelor?
9. S-a făcut o analiză a sensibilităţii?
10. Include prezentarea şi discutarea rezultatelor toate problemele, cu care se poate întâlni utilizatorul?

Clasificarea tipurilor de analize pentru evaluarea economică are mai mult un scop didactic. În practică, de cele mai multe ori, realizatorul analizei nu poate previziona exact ce formă finală va lua analiza, deoarece poate că nu ştie, care vor fi rezultatele finale ale intervenţiilor.

În plus, analizele de minimizare a costurilor şi cost-eficacitate presupun că intervenţiile analizate merită să fie făcute şi trebuie să vedem doar pe care să o alegem. Ele sunt folosite deci în situaţii, în care vrem să evaluăm eficienţa tehnică.

Analizele cost-utilitate şi cost-beneficiu pot compara alternative cu consecinţe total diferite şi chiar cu alternativa „nu facem nimic" şi de aceea ele sunt utile în momentul, în care dorim să facem o evaluare a eficienţei alocative.

În final trebuie spus că evaluarea economică este doar un instrument tehnic ce poate sta la baza luării deciziilor şi că ea nu poate înlocui logica, responsabilitatea sau riscul ce se asociază cu procesul de luare a deciziilor.

MANAGEMENTUL FINANȚELOR ÎN SISTEMUL SĂNĂTĂȚII

9.1. FINANȚAREA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE. ASPECTE CONCEPTUALE

Serviciile de sănătate, spre deosebire de alte servicii, sunt foarte solicitate, şi foarte frecvent îngrijirea sănătății costă foarte mulți bani. Dacă fiecare individ ar putea liber să decidă asupra consumului său de îngrijiri medicale şi să plătească pentru acestea, consumul medical ar fi foarte diferit de la un individ la altul, în condiții egale de boală şi în funcție de capacitatea de plată a fiecăruia. Din motive de echitate, în aproape toate țările există o politică națională sanitară, care stabileşte cum se face accesul la consumul de îngrijiri medicale şi cine plăteşte pentru acestea. Mecanismul de finanțare reprezintă instrumentul principal de punere în practică a acestei politici. Acest mecanism cuprinde colectarea resurselor pentru plata îngrijirilor medicale, alocarea lor şi plata factorilor de producție.

În limbajul curent, termenul de finanțare este utilizat generic, cu mai multe înțelesuri: de colectare a fondurilor pentru plata serviciilor de sănătate, de alocare a acestor fonduri la nivel regional sau către diferiți prestatori de servicii de sănătate sau de remunerare a factorilor de producție (în special a personalului medical şi sanitar). Prezentăm în continuare conținutul fiecărei componente a mecanismului de finanțare a sănătății.

Colectarea fondurilor destinate finanțării serviciilor de sănătate. Acest aspect al finanțării se referă la modul, în care pot fi colectate resursele financiare pentru plata serviciilor de sănătate. Resursele financiare pot fi colectate pe mai multe căi:

– prin plata directă a serviciilor de către pacienți;
– din contribuții voluntare la asigurări private de sănătate;
– din contribuții obligatorii la asigurări sociale de sănătate;
– prin impozite – directe (impozit pe venit, impozit pe profit) sau indirecte (TVA, accize);
– prin constituirea de depozite bancare cu destinație precisă pentru sănătate.

Modul de colectare a fondurilor determină tipologia sistemelor de sănătate. Astfel, întâlnim: sisteme naționale de sănătate finanțate din impozite directe şi indirecte; sisteme de asigurări sociale de sănătate finanțate din contribuții obligatorii ale persoanelor asigurate; sisteme private de asigurări finanțate din prime de asigurări voluntare şi sisteme de piață liberă finanțate prin plata directă de către consumator.

Alocarea fondurilor (resurselor) către prestatorii de servicii de sănătate. Acest aspect se referă la alocarea fondurilor, colectate prin unul din mecanismele menţionate anterior, în plan regional, către sectoarele de sănătate (nivelul primar, secundar, terţiar) şi către prestatorii de servicii de sănătate. Alocarea către regiuni se poate face pe baze istorice sau pe baza unei formule de alocare, care să ia în considerare nevoile populaţiei dintr-o anumită regiune.

Alocarea către sectoare de asistenţă se poate face în funcţie de obiectivele de politică sanitară. Alocarea fondurilor la nivel microeconomic se referă la criteriile, după care sunt acordate fondurile prestatorilor de servicii de sănătate. Exemplele de mecanisme de alocare către prestatori includ:

- plata anticipată în funcţie de cazuistica anticipată;
- bugetul defalcat pe categorii (se stabileşte volumul principalelor elemente de cheltuieli – personal, medicamente, alimente, materiale, capital);
- bugetul global (se alocă pentru realizarea unui volum prestabilit de activităţi);
- bugetul de practică (un grup de medici generalişti pot să obţină un buget pentru asigurarea asistenţei medicale pentru un anumit număr de pacienţi).

Plata factorilor de producţie. Ne vom referi în special la modul de remunerare a personalului din sectorul sanitar. Dacă personalul mediu este plătit cel mai adesea prin salariu, medicii pot fi plătiţi în mai multe moduri:

- salariu;
- plata per serviciu (pentru fiecare serviciu se primeşte un tarif sau un punctaj, care ulterior se transformă în echivalent bănesc);
- plata per capita (pentru fiecare pacient îngrijit pe parcursul unei perioade se primeşte un tarif sau punctaj);
- plata în funcţie de o scară de valori relative (fiecare medic este plătit în funcţie de poziţia, pe care o ocupă într-o scară relativă de valori, stabilită pe baza anilor de pregătire necesari, dificultăţii specialităţii, riscului şi costului practicii).

Modul de plată a medicilor are implicaţii foarte mari asupra costurilor totale cu îngrijirea sănătăţii. S-a observat că ţările, care utilizează plata per serviciu ca modalitate de plată a medicilor au cunoscut în ultimii douăzeci de ani o creştere mult mai mare a costurilor serviciilor pentru sănătate decât cele, care plătesc medicii prin salariu. Alegerea unui anumit mecanism presupune un compromis între interesele medicilor (care cel mai adesea preferă plata per serviciu) şi interesele guvernului (care urmăreşte limitarea costurilor).

Combinaţiile dintre cele trei aspecte menţionate mai sus – colectare, alocare, remunerare – pot fi diferite de la un tip de sistem sanitar la altul. Cel mai simplu caz este acela al unui sistem pur privat, în care consumatorii achită pe loc costul serviciilor sanitare. În acest caz se suprapune generarea de resurse cu alocarea lor şi plata prestatorilor. Cel mai frecvent, însă, ne confruntăm cu o separare a două sau a tuturor celor trei aspecte. Statul intervine cel mai frecvent în generarea veniturilor (cazul finanţării de la buget sau al asigurărilor de stat), dar este adesea prezent şi în alocarea acestora şi stabilirea regulilor de remunerare a factorilor de producţie. Acest capitol îşi propune să analizeze mecanismele alternative de finanţare prin prisma avantajelor şi dezavantajelor lor.

9.2. COLECTAREA VENITURILOR. OPȚIUNI

Sistemele de sănătate pot fi finanțate din mai multe surse, atât publice, cât și private. Fondurile colectate din aceste surse pot fi administrate de instituții publice (ministere, fonduri publice de asigurări) și private (case private de asigurări, organizații patronale sau sindicale, organizații nonprofit) și pot fi cheltuite pe serviciile medicale oferite de instituții publice și private. Vom analiza în continuare următoarele modalități de finanțare (generare a veniturilor): venituri provenite din impozite încasate la bugetul de stat, din asigurări private de sănătate, din asigurări sociale de sănătate, aranjamente tip *managed competition,* depozite bancare cu destinație specifică pentru sănătate, plata directă de către pacienți.

Pentru a alege între diferitele modalități de finanțare a sistemului sanitar, sunt necesare criterii obiective, care să le ierarhizeze în funcție de performanțele, pe care acestea le obțin. Principalele criterii, care s-au impus în literatura de specialitate vizează sustenabilitatea și echitatea generării veniturilor, eficiența producției de servicii de sănătate și nivelul sau evoluția stării de sănătate. Aceste criterii sunt prezentate în *tabelul 60* .

Tabelul 60

Modalități de măsurare a performanței finanțării sănătății

Generarea de venituri	Producția de servicii	Starea de sănătate
Probleme	*Probleme*	*Probleme*
Eficiență, stabilitate și sustenabilitate în generarea de venituri; eficacitate în dispersarea riscurilor și redistribuire.	Eficiență în producție; acces; calitate; satisfacția pacienților; posibilitatea pacienților de a alege prestatorul de servicii.	Factorii, care influențează sănătatea, cum ar fi serviciile de sănătate, stilul de viață, condițiile de locuit, mediul, alimentația.
Instrumente de intervenție	*Instrumente de intervenție*	*Instrumente de intervenție*
Impozitarea sau taxarea, distribuția banilor publici, gradul de acoperire a populației.	Costul unitar per serviciu, sistemul de plată, organizarea și managementul.	Reducerea ratei mortalității și morbidității, creșterea speranței de viață, reducerea mortalității infantile.

9.2.1. FINANȚAREA DE LA BUGETUL DE STAT

Finanțarea sănătății din veniturile generate din impozite și taxe reprezintă o caracteristică a sistemelor de sănătate de tipul „sistem național de sănătate". Un astfel de sistem există în țările precum Marea Britanie, Italia, Spania, Danemarca.

Criteriile de apreciere a unui sistem de generare a veniturilor bazat pe impozite și taxe sunt:

– ***Eficiența economică:*** sistemul de impozite nu trebuie să interfereze cu alocarea eficientă a resurselor.

– ***Echitatea:*** sistemul de impozitare trebuie să-i trateze egal pe toți indivizii.

– ***Administrarea simplă:*** sistemul de impozitare trebuie să poată fi administrat ușor și ieftin.

Eficiența economică.

Ori de câte ori guvernul utilizează impozitarea progresivă sau proporțională pentru a obține venituri de la sectorul privat, există un cost economic, care diminu-

ează efectul util al veniturilor colectate. Acest cost suplimentar este cunoscut sub numele de *costul de eficiență* sau *povara excesivă a impozitării*.

Impozitele, care nu modifică deciziile de producție sau consum sunt rare. Aici se încadrează taxele sau impozitele în sumă fixă, precum taxele de timbru, taxele locale de salubrizare etc. Majoritatea impozitelor și taxelor depind, însă, fie de nivelul producției sau vânzărilor (precum ICM, accizele sau taxele vamale), fie de cel al consumului (precum TVA) sau al veniturilor (precum impozitul pe salarii, pe câștiguri, pe profit sau pe dividende). Deci, majoritatea impozitelor și taxelor utilizate sunt generatoare de costuri de eficiență. Ele sunt utilizate, în pofida acestui argument de economie pozitivă, deoarece pot asigura respectarea principiilor de echitate.

Echitatea în impozitare.

Echitatea are două dimensiuni: echitatea orizontală și echitatea verticală. *Echitatea orizontală* presupune tratarea egală a indivizilor cu același venit. Conform acestui principiu, toți indivizii sau gospodăriile aparținând aceleiași clase de venit ar trebui să contribuie la formarea veniturilor statului în mod egal. *Echitatea verticală* presupune tratarea diferențiată a indivizilor cu venituri diferite, adică distribuirea poverii impozitelor în funcție de capacitatea indivizilor de a plăti. Conform acestui principiu, indivizii (sau gospodăriile) mai bogați ar trebui să contribuie mai mult decât cei săraci la constituirea veniturilor statului.

Noțiunea de echitate verticală este strâns legată de cea de redistribuire, concept specific „statutului bunăstării", dar care se referă la alocarea resurselor publice. *Redistribuirea* are loc atunci când segmentele bogate ale societății finanțează – prin intermediul statului – fie consumul, fie veniturile altora, în special ale celor săraci.

Orice stat îndeplinește și funcții sociale, prin care încearcă protejarea păturilor sărace ale societății, printr-o combinație de impozite progresive și prestații sociale pentru cei săraci. În țările cu un sistem fiscal ineficient, care suferă de evaziune, sau care aruncă povara fiscală în mod inegal asupra unei baze de impozitare reduse, utilizarea sistemului de impozite pentru redistribuirea veniturilor de la bogați către săraci este dificilă. Dificultatea rezultă, în primul rând, din faptul că o parte importantă din veniturile celor bogați provin din capital, dividende, iar acestea sunt mai greu de măsurat și impozitat. În al doilea rând, fenomenele evazioniste sunt greu de detectat și se amplifică. În fine, sunt multe categorii de venituri sau active, care nu sunt supuse impozitării, ceea ce conduce la menținerea unei baze de impozitare restrânse. De aceea, mulți consideră că, în țările cu sisteme fiscale incapabile să reducă evaziunea în limite tolerabile, impozitele sunt un instrument foarte slab pentru redistribuirea veniturilor.

O altă posibilitate de a evalua echitatea într-un sistem de finanțare a sănătății este *principiul beneficiului,* conform căruia, cei care beneficiază de un serviciu trebuie să și plătească. În sectorul de sănătate, principiul beneficiului se poate măsura printr-o rată marginală pozitivă a contribuției raportată la consumul medical. Conform acestui principiu, un individ bogat, cu o anumită boală, ar trebui să plătească pentru serviciile de sănătate la fel ca un individ sărac suferind de aceeași boală. Această măsură este totuși interpretabilă. Indivizi identici pot plăti, pentru același tip de boală, sume diferite sau pot avea diagnosticuri și implicit tratamente diferite. Relația de mai sus este stocastică, permițând abateri individuale, dar rămâne valabilă pentru mărimile medii.

Principiul beneficiului intră în contradicţie cu principiile echităţii verticale şi orizontale, conform cărora individul bogat ar trebui să plătească mai mult decât individul mai sărac pentru aceeaşi boală şi cei cu acelaşi venit ar trebui să plătească la fel, indiferent de boală. La un moment dat, o societate va urma unul dintre cele două principii, în funcţie de considerente de economie normativă.

O altă problemă legată de echitatea modului de generare a veniturilor o constituie *regresivitatea* sau *progresivitatea* acestuia. Alternativele de generare a veniturilor au implicaţii diferite din punctul de vedere al principiului echităţii. Un sistem de generare a veniturilor, în care indivizii cu venituri mici plătesc o fracţie mai mare din venitul lor decât plătesc indivizii cu venituri mari este *regresiv*. Astfel, plata directă a serviciilor şi asigurările private de sănătate fac ca cei cu venituri mici să suporte o povară mai mare (relativ la venitul lor) pentru plata asistenţei medicale comparativ cu cei cu venituri mari. Sistemele de finanţare, în care ponderea contribuţiilor în venit este mai mare în cazul indivizilor cu venituri mari decât în cazul indivizilor cu venituri mici este un sistem *progresiv*. Impozitul pe venit este adesea progresiv.

Administrarea veniturilor din impozite şi taxe.

Colectarea impozitelor şi taxelor presupune costuri de administrare. Costurile administrării depind de complexitatea impozitelor, de personalul şi echipamentul necesar, de informaţiile care se doresc colectate, de ratele de diferenţiere între indivizi şi categorii de venituri. Simplicitatea sistemului de taxe este un principiu fundamental pentru o impozitare efectivă. Literatura defineşte o structură optimă de impozite şi taxe ca fiind aceea, care maximizează bunăstarea socială a unei ţări şi realizează recunoaşterea generală a utilităţii compromisului, la care s-a ajuns între eficienţă şi echitate.

Capacitatea unei ţări de a genera venituri depinde de venitul pe cap de locuitor, de distribuţia venitului şi de capacitatea administrativă. De regulă, există o relaţie de directă proporţionalitate între nivelul de dezvoltare al unei ţări şi capacitatea sa de a colecta impozite şi taxe. Ţările în curs de dezvoltare prezintă unele caracteristici instituţionale, care reduc capacitatea de a genera venituri. Acestea sunt:

– mare parte din populaţie este în mediul rural;

– majoritatea populaţiei lucrează pe cont propriu în agricultură, unde venitul este în special în natură; nivelul redus de educaţie face ca evidenţele contabile să fie slabe, iar impozitul pe venit este greu de determinat astfel;

– în mediul urban există un sector informal de dimensiuni mari;

– produsele agricole şi resursele minerale (care sunt de multe ori principala avuţie a ţărilor în curs de dezvoltare) sunt expuse impreviziunilor pieţei mondiale;

– dualismul între un sector modern urban şi un sector rural tradiţional creează o segmentare a pieţei şi distorsionează pieţele de bunuri şi piaţa muncii;

– în cazul unei pronunţate inegalităţi a veniturilor, se recurge la rate ale impozitării mai mari aplicate sectorului formal, creşte presiunea fiscală asupra acestuia şi se dezvoltă evaziunea fiscală; aceste fenomene conduc la pierderi de eficienţă mai mari;

– politicile comerciale eronate – taxe vamale foarte mari la importuri, contingentarea importurilor sau exporturilor, taxe la export, cursuri de schimb diferenţiate – determină o alocare ineficientă de resurse şi inechitate;

– influența întreprinderilor de stat determină de multe ori decizii greșite de investiții;

– capacitatea de administrare a impozitelor și taxelor este limitată.

Problemele, cu care se confruntă procesul de generare a veniturilor din impozite și taxe se răsfrâng și asupra sistemului de sănătate, dacă finanțarea acestuia se realizează din astfel de venituri. Astfel, se explică neajunsurile cronice ale finanțării sănătății în Republica Moldova: resurse insuficiente, întârziere în cunoașterea resurselor disponibile pentru anul următor (adoptarea legii bugetului de stat s-a făcut cel mai devreme în luna mai a anului bugetar în curs), acumularea de datorii mari pe parcursul anului din cauza întârzierilor în colectarea veniturilor, aglomerarea veniturilor alocate de la buget la sfârșitul exercițiului bugetar, când nu se mai pot face cheltuieli sau se fac fără a mai respecta criterii de eficiență.

9.2.2. ASIGURĂRI PRIVATE DE SĂNĂTATE

Într-un sistem de asigurări private, indivizii optează voluntar pentru plata unei ***prime actuariale de asigurare*** stabilite în funcție de riscul individual sau de grup. În unele țări, precum SUA și Elveția, asigurările private de sănătate ***reprezintă principala modalitate***, prin care sunt finanțate serviciile de sănătate.

Termenul „asigurare" poate avea înțelesuri diferite. Asigurarea poate fi definită ca:

a) un mecanism, care oferă indivizilor *protecție împotriva riscurilor;*

b) sau un mecanism *actuarial.*

Prima definește asigurarea în termeni de obiective, a doua – în termeni de metodă, prin care pot fi atinse obiectivele. Chiar și atunci când nu vorbim de asigurări în sensul definiției (b), putem folosi termenul de asigurare dacă aceasta protejează indivizii împotriva riscurilor (cum este cazul asigurărilor sociale).

Dacă un individ este adversar al riscului, atunci „incertitudinea" îi poate cauza utilitate negativă. „Certitudinea" este marfa, care produce utilitate marginală pozitivă și pentru care individul adversar al riscului este dispus să plătească un preț pozitiv.

Prețul asigurării (prima actuarială de asigurare) într-un mecanism de piață este dat de relația: $P = p \text{ Ч } L + T$ *(1)*, unde: p – probabilitatea ca riscul să aibă loc, L – mărimea pierderii cauzate de risc, iar T – costul de tranzacție (costul administrativ plus profitul normal). P este prețul asigurării pe o piață concurențială.

Condiții pentru funcționarea asigurărilor private.

Prima actuarială din ecuația (1) se bazează pe un număr de condiții. Acestea sunt:

Probabilitatea evenimentului asigurat pentru ca un individ să fie independent de cea a celorlalți. Această condiție este necesară, deoarece asigurările se bazează pe existența, într-o anumită perioadă, a unui număr previzibil de indivizi, care câștigă și a unui număr de indivizi, care pierd. Dacă probabilitățile ar fi relaționate, atunci când o persoană suferă o pierdere, la fel se va întâmpla cu toate celelalte. Aceasta explică de ce, de exemplu, inflația nu este un eveniment, care să poată fi asigurat.

Probabilitatea trebuie să fie mai mică decât 1. În caz contrar, ecuația (1) se transformă în: $P = L + T > L$ *(2)* și prima actuarială depășește pierderea asigurată. În acest caz nu există nici o posibilitate pentru dispersarea riscurilor și nici o

firmă privată de asigurări nu va acoperi un astfel de risc. Acesta este cazul bolilor cronice sau congenitale, pentru care nici o firmă privată de asigurări nu va dori să ofere asigurare, deoarece probabilitatea de a necesita tratament este aproape sigur egală cu unu.

Probabilitatea unui anumit eveniment trebuie cunoscută sau uşor de estimat. Dacă nu se respectă această condiţie, compania de asigurări nu poate calcula prima din ecuaţia (1), făcând imposibilă funcţionarea asigurărilor private.

Lipsa „selecţiei adverse" şi a „hazardului moral" (termenii au fost definiţi iniţial de anglo-saxoni sub denumirea de „adverse selection" şi „moral hazard").

Selecţia adversă survine din cauza asimetriei informaţionale, care ia naştere ca urmare a faptului că asiguratul are informaţii mai bune despre riscul individual decât asigurătorul. Dacă compania de asigurări nu poate să distingă între un risc scăzut şi un risc mare, atunci va stabili o primă de asigurare bazată pe riscul mediu. Ca urmare, indivizii cu risc scăzut vor fi confruntaţi cu o primă de asigurare prea mare şi pot decide să nu se asigure. *Hazardul moral* survine în două moduri:

a) când asiguratul poate influenţa probabilitatea p din ecuaţia (1);
b) când asiguratul poate influenţa mărimea pierderii L.

Asigurările private de sănătate sunt cele mai expuse la aceste probleme majore cauzate de asimetria informaţională.

Ca urmare a importanţei acestor două fenomene în sectorul asigurărilor de sănătate, facem în continuare o scurtă descriere a lor.

Hazardul moral reprezintă riscul ca indivizii să-şi schimbe comportamentul ca urmare a asigurării. Odată asigurat, consumatorul are un cost mult mai mic în momentul utilizării serviciilor medicale şi ar putea abuza de sistem, sporindu-şi excesiv cererea de servicii sau preocupându-se mai puţin de prevenirea îmbolnăvirii. Deoarece asigurarea reduce considerabil costul privat al tratamentului, indivizii tind să consume mai multe servicii medicale decât dacă nu ar fi asiguraţi şi, deoarece costul utilizării excesive a serviciilor se disperseazā asupra tuturor celor asiguraţi, ei au puţine stimulente financiare pentru a-şi reduce cererea. Similar, ei pot fi mai puţin grijulii cu starea lor de sănătate, consumând mai puţine servicii preventive şi luând mai puţine precauţii pentru evitarea accidentelor sau deteriorării stării de sănătate.

Hazardul moral se întâlneşte la toate tipurile de asigurări – private, sociale, voluntare sau obligatorii. Acest aspect intervine ori de câte ori în relaţia pacient-prestator de îngrijiri medicale intervine un terţ plătitor (statul prin bugetul public, fondul de asigurări publice de sănătate, casele private de asigurări, organizaţiile nonprofit).

Casele private de asigurări sunt cele mai preocupate de combaterea hazardului moral. Ele combat fenomenul prin stabilirea unui plafon asupra consumului de servicii medicale şi prin plasarea unui cost financiar asupra asiguratului în momentul consumului (tarif pe consumul medical). Chiar şi sistemele publice de sănătate tind să utilizeze astfel de măsuri, prin care obligă consumatorul să suporte o parte din cost. Argumentele în favoarea instituirii obligaţiei consumatorilor să suporte o parte din cost în momentul utilizării serviciilor sunt:

– conştientizarea oamenilor de costul serviciilor şi sporirea responsabilităţii pacienţilor;

– reducerea cererii nenecesare;
– atragerea de surse suplimentare în sistem.

O serie de studii referitoare la folosirea tarifelor pe consum au arătat că efectivitatea acestei metode este mult mai redusă comparativ cu anticipările iniţiale create de modelul teoretic. Un experiment realizat în SUA a evidenţiat faptul că un tarif major asupra consumului de îngrijiri medicale îi determină pe oameni să renunţe în aceeaşi măsură atât la serviciile necesare, cât şi la cele nenecesare. Argumentul că pacienţii ar trebui să renunţe la serviciile nenecesare atunci când trebuie să plătească o taxă în momentul consumului pare corect din punct de vedere intuitiv, dar rezultatele empirice arată că pacienţii nu se comportă în acest mod. Acest comportament vine în sprijinul ideii că piaţa serviciilor de sănătate nu poate fi analizată în acelaşi mod ca piaţa pentru celelalte bunuri de consum.

Deoarece oamenii nu au suficiente informaţii pentru a lua decizii raţionale în legătură cu consumul medical, este posibil ca oamenii să renunţe mai uşor la serviciile preventive sau la îngrijirile primare atunci când trebuie să plătească un tarif pentru acestea.

Pe de altă parte, tarifele asupra consumului s-ar putea să reducă în principal consumul acelor indivizi, care sunt sensibil afectaţi dacă ar trebui să plătească un preţ pentru serviciile de sănătate. S-a observat că impunerea unui tarif pe consum are un impact deosebit în special asupra celor cu venituri mici.

Criticii utilizării tarifelor pe consum susţin că, chiar dacă această modalitate reduce cererea nenecesară, cei care suportă în ultimă instanţă costul unei astfel de măsuri sunt cei cu adevărat bolnavi şi care au nevoie într-adevăr de îngrijiri medicale. Tariful pe consumul de servicii medicale devine astfel o taxă pe boală.

Selecţia adversă. Stabilirea unei prime de asigurare bazate pe riscul mediu face ca indivizii cu risc mic să plătească o primă mai mare decât prima actuarială, care ar corespunde grupului lor de risc. Acest lucru poate destabiliza piaţa asigurărilor private voluntare, deoarece îi poate determina pe indivizii cu risc mic să nu se asigure. Ca urmare, asigurătorii vor trebui să crească primele pentru cei, care decid să se asigure. S-ar putea însă ca, la noul preţ, să crească numărul celor, care decid să renunţe la asigurare.

Spre deosebire de vânzătorii de bunuri obişnuite, asigurătorii privaţi de sănătate au motive serioase să se preocupe de cei, care cumpără produsele lor. Aproape 72% din cheltuiala anuală cu sănătatea este atribuită unui segment, care reprezintă doar 10% din totalul populaţiei (cei cu riscurile cele mai mari). Companiile private de asigurări, pentru a supravieţui pe o piaţă liberă şi pentru a-i proteja pe cei, care doresc să cumpere asigurarea împotriva unor costuri excesive, trebuie să încerce să acopere persoane cu o probabilitate redusă de a necesita îngrijiri medicale (selecţia riscurilor favorabile) şi să le evite pe cele, care au o probabilitate mare de a necesita îngrijiri. Ele vor încerca să găsească proporţia adecvată între cele două componente.

Companiile private de asigurări încearcă să rezolve problema selecţiei adverse prin obţinerea de informaţii despre riscul medical al fiecărui individ şi neacoperirea unora dintre riscuri. Companiile de asigurări pot să obţină informaţii despre trecutul medical al unei persoane, astfel încât să stabilească o primă corespunzătoare sau să excludă anumite riscuri, procedând la o *selecţie a riscurilor*. Selecţia riscurilor se

poate face pe baza obligativității examenelor clinice, instituirii listelor de așteptare, excluderii de la asigurare a anumitor boli, evitării unui angajament ferm pentru reînnoirea poliței de asigurare și prin refuzul de a asigura anumite persoane.

Un sistem de sănătate bazat în întregime pe asigurări private nu există în nici o țară, tocmai din cauza neajunsurilor semnalate mai sus. Chiar și în SUA, adică acolo unde asigurările de sănătate private sunt cele mai dezvoltate, 37 milioane de persoane sub 65 de ani nu au nici un fel de acoperire cu servicii medicale (aici nu sunt incluşi bătrânii și săracii, care beneficiază de acoperire prin două programe publice, Medicare și Medicaid). Pentru categoriile, care nu doresc să se asigure într-un sistem privat sau nu-şi permit ori sunt respinse de către companiile private, de cele mai multe ori intervine statul pentru a garanta accesul la îngrijiri medicale. Acest lucru se întâmplă mai ales în țările unde *statul bunăstării* este o noțiune larg răspândită și acceptată, precum țările din Europa de Vest.

9.2.3. ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Această modalitate de colectare a fondurilor pentru finanțarea sănătății presupune obligativitatea achitării unei contribuții de asigurări pentru sănătate de către angajat și de către patron. Un astfel de sistem de finanțare a sănătății există în Germania, Austria, Belgia, Franța, Luxemburg, Olanda.

Toate sistemele de asigurări din Europa, ca urmare a evoluției istorice asemănătoare, au câteva elemente-cheie comune:

- asigurarea include prestații similare pentru toți contribuabilii;
- fondurile sunt administrate și controlate public;
- asigurările sociale nu presupun excluderea asigurărilor private, în aproape toate țările respective existând asigurări private complementare;
- primele de asigurare sunt în funcție de venit, și nu în funcție de riscurile individuale;
- contribuțiile sunt plătite de patron și de salariat.

Principiile, care stau la baza unui sistem de asigurări publice de sănătate sunt:

Autonomia. Fondurile de asigurări de boală și organizațiile lor sunt independente. Fondurile (casele) de asigurări au dreptul să strângă contribuțiile și să facă contracte cu prestatorii de îngrijiri de sănătate. Aceste drepturi sunt specificate în statutul caselor de asigurări. Autonomia derivă din principiul subsidiarității (potrivit acestui principiu, statul nu trebuie să-și asume nici o funcție, pe care individul, familia sau organizațiile private pot să o rezolve mai bine sau cel puțin la fel de bine prin propriile lor eforturi, asumându-și propria lor responsabilitate).

Solidaritatea. Acest principiu presupune stabilirea contribuțiilor individuale nu în funcție de riscurile individuale asociate vârstei, sexului sau morbidității, ci în funcție de venitul individului (echitate verticală). Pe de altă parte, serviciile medicale sunt acordate indivizilor potrivit nevoilor și independent de valoarea contribuției plătite (echitatea orizontală).

Obligativitatea. Acest principiu presupune că este obligatoriu pentru anumiți membri ai societății să contribuie la un fond (casă) de asigurări. El nu contravine posibilității de a alege între diferite fonduri.

Stabilirea contribuţiei de asigurare pentru sănătate.

Contribuţiile sunt plătite cel mai adesea parţial de salariat şi parţial de patron. În cele mai multe ţări, contribuţiile sunt stabilite în funcţie de nivelul salariului.

Avantajul contribuţiei bazate pe salariu este că ia în considerare capacitatea de plată a fiecărui individ şi astfel oricine îşi poate permite asigurarea de sănătate într-un sistem social.

Dezavantajul contribuţiei bazate pe salariu îl reprezintă faptul că pot exista diferenţe foarte mari între cuantumul contribuţiei diferitor salariaţi. Pentru a înlătura acest dezavantaj, ar putea să existe un plafon, care să limiteze cuantumul contribuţiei. Acest lucru ar face ca numai salariile şi veniturile până la un anumit plafon să fie luate în considerare în stabilirea contribuţiei, iar după acest plafon să nu se mai plătească nici o contribuţie. Unele ţări utilizează un astfel de plafon (Germania), în timp ce altele nu (de exemplu, Franţa).

Avantajul stabilirii unui plafon este că ajută la menţinerea unui anumit echilibru între nivelul contribuţiei şi prestaţiile primite. În lipsa unui astfel de plafon, persoanele cu venituri mari ar trebui să plătească contribuţii, care ar fi mult mai mari decât valoarea anticipată a prestaţiilor. Acest lucru ar putea crea probleme de echitate şi acceptabilitate pentru un sistem de asigurări. Plăţile făcute direct de către pacienţi pentru plata serviciilor sunt cea mai regresivă metodă de atragere de fonduri în sectorul sanitar.

Pay-as-you-go versus capitalizare.

Capitalizarea se foloseşte, de obicei, atunci când beneficiile se anticipează a se obţine pe termen lung. Contribuţiile individuale sunt acumulate într-o rezervă şi sunt plătite peste un număr de ani împreună cu o dobândă garantată acumulată. Asigurarea de viaţă reprezintă un exemplu tipic.

Asigurarea de sănătate furnizează, de asemenea, beneficii pe termen lung, dat fiindcă aproape 70% din cheltuielile pentru sănătate ale unei persoane se consumă în ultimii ani de viaţă. Cu toate acestea, asigurările publice de sănătate sunt organizate cel mai adesea pe principiul pay-as-you-go. Conform acestui principiu, toate cheltuielile sunt plătite din veniturile curente obţinute din contribuţii. Dacă cheltuielile depăşesc veniturile, atunci deficitul ar putea fi acoperit prin transferuri de la bugetul de stat, sporirea contribuţiilor, suportarea unei părţi din cost de către pacienţi etc. Dacă modalitatea de acoperire a deficitului unui fond de asigurări o reprezintă transferurile din bugetul public, atunci autonomia unui astfel de fond poate fi afectată.

Incidenţa contribuţiei plătite de patron.

Una din dificultăţile legate de un sistem de asigurări o constituie incidenţa contribuţiei plătite de patron. Este aceasta un cost pentru patron sau se răsfrânge asupra consumatorilor prin preţuri mai mari sau asupra salariaţilor sub forma salariilor mai mici şi a reducerii ocupării? Părerea unanimă a economiştilor, care au examinat această problemă este că în cele din urmă este un cost al muncii indiferent de cine îl plăteşte.

Patronii consideră contribuţia pentru asigurarea de sănătate ca pe un cost salarial. Pe o piaţă a muncii concurenţială, patronii sunt preocupaţi de costul global al folosirii factorului de producţie muncă şi privesc costul asigurării medicale ca pe un cost salarial. O creştere a nivelului contribuţiei îi poate determina pe angajatori

să substituie factorul de producție muncă cu factorul capital, afectând ocuparea. Dacă substituirea factorilor în producție nu este ușor de realizat, atunci angajatorii vor încerca să reducă salariile. Dacă, din cauza legislației sau a puterii sindicale, nu reușesc acest lucru, firmele vor da faliment sau, pe o piață neconcurențială, vor transfera povara asupra consumatorilor, prin prețuri mai mari.

Asigurările obligatorii pot fi o modalitate eficientă de corectare a eșecului piețelor de asigurări private. Ele trebuie însă analizate prin prisma considerentelor de echitate și de ocupare.

9.2.4. PLATA DIRECTĂ DE CĂTRE CONSUMATOR

Într-un astfel de sistem consumatorii ar trebui să plătească pentru servicii în mod direct ori de câte ori utilizează serviciile. Din motive de echitate, în nici o țară serviciile de sănătate nu sunt organizate doar prin acest sistem, pentru că el depinde foarte mult de capacitatea de plată a indivizilor.

Cu toate acestea, în multe țări, inclusiv în Republica Moldova, există cabinete private, policlinici sau spitale private unde pacienții au acces direct în schimbul achitării integrale a prețului serviciilor. Prețurile, în acest caz, sunt determinate de piață. Problema, care se pune este aceea dacă toate serviciile de sănătate ar putea fi alocate prin mecanismul pieței, la fel ca orice alte bunuri sau servicii. Există un număr de constrângeri fundamentale, care fac imposibilă alocarea tuturor resurselor de sănătate prin intermediul mecanismului de piață liberă și care fac din piața serviciilor de sănătate un exemplu tipic de eșec al piețelor.

Constrângerile care cauzează eșecul unei piețe libere a serviciilor medicale.

Nu toți oamenii ar putea să-și permită să aibă acces la servicii medicale. Aceasta este o problemă legată de distribuția venitului. Deoarece venitul este distribuit inegal, unii indivizi pot să-și permită un tratament mai bun decât alții, iar cei mai săraci să nu-și permită deloc. Conceptul de echitate, care este adesea invocat în sectorul sanitar, recomandă accesul la îngrijirile medicale în funcție de nevoi, și nu de capacitatea de plată.

Incertitudinea în legătură cu anticiparea nevoilor medicale. Este foarte dificilă planificarea bugetului pentru consum medical. Cu excepția cazurilor cronice, este foarte dificil pentru un individ să estimeze riscul de a se îmbolnăvi.

Externalități. Unele servicii de sănătate generează o serie de beneficii nu numai pentru pacienți, dar și pentru cei din jurul lor. Dacă cineva se vindecă de o boală infecțioasă, beneficiază nu doar persoana respectivă, ci și cei din jur, care ar fi putut fi contaminați. Externalitățile pozitive în sectorul sanitar pot fi foarte mari. Dacă bolnavii trebuie să plătească costul tratamentului, ei ar putea decide, mai ales dacă sunt săraci, să nu se mai trateze. Ei ar putea să nu ia în considerare efectele negative, pe care boala lor le-ar putea produce și asupra altor indivizi. Piața liberă, care urmărește îndeosebi beneficiile și costurile private, va produce prea puține servicii medicale în prezența externalităților.

Lipsa de informații complete (ignoranța pacienților). O piață concurențială poate funcționa numai dacă clienții au suficiente informații pentru a alege. În cazul îngrijirilor de sănătate este foarte dificil pentru consumatori să fie corect informați, din cauza costului foarte mare al informației. Există o *asimetrie informațională*

foarte mare: cei mai informați sunt medicii, care pot astfel induce comportamentul consumatorilor (cererea indusă de ofertă („*supply induced demand*") este un concept des întâlnit pe piața serviciilor medicale, în industria medicamentelor și industria tehnologiei medicale de vârf și este cauzat în special de lipsa de informații complete a cumpărătorilor).

Consumatorii de servicii medicale se bazează cel mai adesea pe informațiile date de medic. În cazul existenței unei piețe libere a serviciilor medicale, problemele, care pot apărea ca urmare a acestei lipse de informații sunt:

1. Medicii ar putea recomanda un tratament mai scump decât ar fi necesar sau companiile farmaceutice ar putea convinge pacienții de superioritatea produselor de marcă în detrimentul unor produse generice similare, dar mai ieftine;

2. Pacienții ar putea să nu consulte medicul decât într-un stadiu foarte avansat al bolii, când ar putea fi prea târziu să mai fie vindecați sau prea scump pentru a-și mai putea permite.

Situația de oligopol. Dacă medicii și spitalele acționează pe o piață liberă, urmărind să maximizeze profitul, este puțin probabil ca prețul serviciilor să scadă ca urmare a concurenței. Mai degrabă ne putem aștepta la o cooperare tacită între medici și spitale pentru fixarea unor prețuri standard și pentru protejarea veniturilor lor (situație de concurență imperfectă). Chiar dacă medicii ar concura liber, este puțin probabil ca pacienții să fie informați astfel încât să aleagă serviciul cu cel mai bun preț și cea mai bună calitate.

Constrângerile, care fac ca un mecanism de piață liberă în alocarea resurselor sanitare să eșueze, nu reprezintă un argument convingător că intervenția statului și oferirea gratuită a serviciilor ar fi cea mai bună alternativă. De cele mai multe ori, soluțiile la eșecul pieței libere se concretizează prin intervenția guvernului, care subvenționează consumul de servicii medicale, reglementează comportamentul producătorilor de servicii medicale (medici, spitale) sau impune taxe pe consum de tipul coplății.

Coplata serviciilor medicale.

Coplățile sunt plăți suplimentare făcute de pacienți, de obicei în momentul consumului, pentru serviciile, pe care le primesc în cadrul asigurării sau sistemelor de sănătate finanțate prin taxe. În ultimii ani au fost introduse sau extinse astfel de plăți într-un număr de țări, fiecare în vederea creșterii veniturilor sau ca un mecanism de alocare a resurselor pentru a descuraja folosirea nenecesară a resurselor medicale limitate.

O varietate de argumente au fost luate în considerare în literatura internațională pentru a justifica și susține folosirea coplăților în serviciile de sănătate. Aceste argumente accentuează în general creșterea potențială a veniturilor din coplăți sau a beneficiilor lor, ca un mecanism de alocare eficientă a resurselor.

Coplățile sunt adesea susținute pentru că ele încurajează o alocare mai rațională a resurselor limitate. Ele pot ajuta la prevenirea folosirii serviciilor de sănătate nenecesare sau fără importanță. De exemplu, un preț mic stabilit pentru un serviciu medical într-un spital, dar care ar putea fi furnizat și în ambulatoriu, ar putea ajuta la descurajarea pacienților care ar putea fi tratați în asistență medicală primară la costuri mai scăzute. Taxe diferite pentru diferite tipuri de servicii pot, de asemenea, să arate consumatorilor importanța unor anumite feluri de îngrijiri (de exemplu,

acelaşi dispensar poate taxa puţin sau deloc asistenţa prenatală şi poate avea o taxă mai mare pentru consultaţiile obişnuite). Toate aceste argumente presupun că suveranitatea consumatorului este predominantă pe piaţa îngrijirilor de sănătate.

Coplăţile pot, de asemenea, să încurajeze eficienţa în domeniul furnizării.

Medicii pot fi mai precauţi la prescrierea în plus sau folosirea neraţională a serviciilor, dacă ştiu că pacienţii trebuie să plătească direct. Ei vor deveni, în mod esenţial, mai responsabili faţă de interesele şi necesităţile pacienţilor lor, mai ales atunci când pacienţii pot schimba medicul curant şi când venitul acestuia depinde de pacienţi.

Unii autori susţin, de asemenea, că utilizarea coplăţilor poate ajuta la îmbunătăţirea echităţii. Aceasta, din cauză că asistenţa gratuită acordă avantaje mai mari celor cu venituri ridicate, din moment ce ei au o mai mare posibilitate să-şi permită costuri de călătorie şi de timp şi deci să facă uz mai mare de servicii. Impunerea coplăţilor face posibilă, pentru autorităţile finanţatoare, generarea de venituri pentru extinderea serviciilor adecvate la cei cu venituri scăzute. Aplicarea coplăţilor adecvate elimină, de asemenea, multe din subvenţiile injuste inerente în asistenţa gratuită.

Coplăţile pot, de asemenea, să ajute la descentralizarea şi susţinerea serviciilor de sănătate publică în două moduri: prin raţionalizarea sistemelor de trimitere, prin semnalele preţurilor, astfel încât pacienţii să fie orientaţi către serviciile mai ieftine din raioanele lor, şi prin introducerea taxelor, care se reţin la unitatea sanitară, schimbând astfel parţial controlul problemelor bugetare de la nivelul central la comunităţile judeţene şi locale. Mobilizarea resurselor locale poate contribui, de asemenea, la susţinerea celor mai adecvate servicii medicale, o problemă-cheie în ţările, în care resursele sunt reduse.

Coplăţile pentru serviciile publice ar putea ajuta să stimuleze dezvoltarea sectorului medical privat. Când taxele sunt uzuale în sectorul public, familiile sunt interesate mai mult de modalităţi alternative de plată pentru servicii de sănătate (de exemplu, asigurări de sănătate private). Astfel, se poate susţine că o creştere a coplăţilor într-un sistem finanţat prin taxe sau de asigurări sociale conduce la dezvoltarea unei pieţe a asigurărilor private şi a unui sector privat puternic independent de sectorul public. În sfârşit, se afirmă că în unele ţări (de exemplu, foste ţări socialiste), pacienţii plătesc deja „pe sub masă" personalului medical şi administrativ. Aceste plăţi au nu mai puţine legături cu necesitatea, felul şi calitatea îngrijirilor. Introducerea coplăţilor într-un sistem de asigurări sociale ar ajuta deci la oficializarea plăţilor „pe sub masă", care creează distorsiuni profunde în acordarea îngrijirilor. Aceste argumente pledează pentru taxarea pacienţilor la locul unde primesc îngrijiri.

Totuşi, există unele contraargumente importante, care trebuie luate în considerare dacă urmează să fie dezvoltată o strategie de coplată coerentă.

Astfel, coplăţile acoperă doar o mică parte a costurilor. Adesea este subliniat că, în ciuda creşterii coplăţilor din ultimii ani, în multe ţări cu sisteme de sănătate publice, acestea acoperă numai o mică parte a costurilor de funcţionare. Aceasta reprezintă nu mai mult de 5% din totalul cheltuielilor. De aceea, o ţară, care urmăreşte să crească rolul coplăţilor nu ar trebui să le vadă ca pe un panaceu pentru problema subfinanţării serviciilor de sănătate.

Coplățile nu duc automat la creșterea veniturilor, mai ales datorită faptului că acestea sunt văzute adesea de către guvernele, care le promovează sau susțin ca un instrument, care va facilita un nivel mai scăzut al cheltuielilor publice pentru serviciile de îngrijiri medicale. Aceasta înseamnă că totalul veniturilor pentru sistemul de sănătate ar putea să scadă, în pofida creșterii coplăților.

Ar trebui, de asemenea, amintit că schemele coplăților au propriile costuri administrative. Un sistem de coplăți cu un domeniu larg al scutirilor și/sau subvențiilor implică costuri administrative mari, care trebuie deduse din veniturile antecalculate.

Un argument puternic împotriva coplăților este că acestea „lovesc" în cei, care sunt cel mai puțin protejați – cei cu venituri scăzute și bolnavii – de unde apar unele probleme serioase legate de echitate. Faptul că, în toate societățile, cei cu venituri scăzute tind să fie și cei mai puțin sănătoși face ca această problemă să fie cea mai gravă.

De aceea, teoria economică și practica sugerează că aceste coplăți vor avea un efect în detrimentul nivelurilor de consum de îngrijiri de sănătate al persoanelor mai puțin înstărite, și care de regulă, au și cele mai mari nevoi de sănătate. Totuși, este important să se observe că asistența medicală este un bun eterogen, semnificând că aceste argumente se pot aplica la unele forme de îngrijiri medicale, dar nu la toate.

O problemă ulterioară este aceea că aceste coplăți pot duce la utilizarea cu întârziere a serviciilor. De exemplu, dacă există taxe pentru consultații în asistența primară, unii indivizi pot decide să nu meargă la doctor. Starea lor de sănătate se poate deteriora și, când eventual se vor prezenta singuri la medic, ei vor avea nevoie de tratamente mai costisitoare. Acest argument sugerează că cel puțin medicina primară ar trebui să nu fie obiectul coplăților.

Testul final al modelului coplății este efectul asupra stării de sănătate a pacienților. Unii autori au sugerat că, dacă coplățile conduc la o reducere în utilizarea serviciilor de sănătate, atunci ele vor produce un declin al stării de sănătate. Surprinzător, există însă foarte puține dovezi solide în această problemă. Studiul RAND menționat anterior a stabilit că utilizarea redusă a serviciilor a avut un efect mic sau nici un efect advers asupra sănătății pentru persoane obișnuite. Studiul a stabilit, de asemenea, că sănătatea bolnavilor cu venituri scăzute – aproximativ 6% din populație – a fost afectată negativ. Astfel, taxele par să nu afecteze sănătatea majorității populației, dar ele sunt dăunătoare celor mai dezavantajați.

Argumentele de mai sus sugerează necesitatea unei analize mai amănunțite a serviciilor de sănătate și a diferitor tipuri de coplăți corespunzătoare existente. Schemele coplăților sunt variate, conform naturii aranjamentelor financiare, dar în general au cinci forme.

Prima este o sumă fixă, indiferent de costul serviciului furnizat. Spre exemplu, un produs farmaceutic va fi taxat cu aceeași sumă de 5 lei, indiferent dacă costul său este 10 sau 100 lei.

Al doilea tip este o plată procentuală în funcție de prețul sau costul serviciului furnizat. Această măsură se aplică în mod curent în Republica Moldova pentru medicamentele prescrise, pentru care pacienții plătesc între 25-75% din prețul medicamentului. Acesta ar putea fi aplicat, de asemenea, altor forme de îngrijiri (de

exemplu, un procent din taxa zilnică pentru spitalizare într-un spital, care are contract cu fondul de asigurări).

A treia opțiune este pentru plata din partea pacienților a unei sume deductibile (de exemplu, persoanele plătesc 100% din costul tratamentului într-o anumită perioadă, după care asigurătorul va plăti celelalte costuri).

Asemănătoare cu aceasta este *plata pentru serviciile ce depășesc o anumită limită*, unde pacientul plătește surplusul costului peste un maximum prevăzut de agenția finanțatoare. Acest model este folosit în sistemele prețului de referință pentru medicamente, cum este în Germania și Olanda, unde este stabilit un preț standard pentru un grup de medicamente și pacienții plătesc diferența dintre prețul de referință și prețul cu amănuntul al medicamentului respectiv, dacă prețul lui este ridicat.

În final, *a cincea opțiune* este exceptarea unor tratamente particulare de la acoperirea acordată de fondul de asigurare. Tipurile de îngrijiri de sănătate exceptate în sistemele de sănătate moderne includ de regulă servicii, precum rezervele cu un pat, ochelari și proteze dentare. În mod asemănător, sunt excluse adeseori medicamentele cu valoare terapeutică limitată. În toate aceste cazuri, pacientul plătește costul întreg al serviciului în momentul consumului.

Ar trebui observat că sunt posibile combinații ale acestor forme de coplată. Astfel, de exemplu, un pacient ar putea plăti 50% din preț pentru primele cinci consultații de asistență primară într-un anumit an, iar după aceea nu mai plătește nimic. O astfel de măsură ar fi destinată să protejeze bolnavii cronici, care utilizează mai mult îngrijirile de sănătate.

O întrebare, care apare imediat când se concepe o strategie de coplăți este: ce tipuri de îngrijiri de sănătate se taxează? Chiar și acei, care sunt împotriva utilizării coplăților ar putea fi de acord că sunt unele servicii, care sunt bune candidate pentru coplăți. De exemplu, nu există nici un motiv, pentru care saloanele particulare din spitalele publice nu ar trebui să fie taxate suplimentar. Același lucru poate fi spus cu privire la costul pentru meniuri la alegere și al altor servicii hoteliere pentru cei internați sau pentru serviciile acordate în afara programului de lucru pentru cei, care sunt dispuși să plătească și doresc să evite cozile. Totuși, acestea sunt subiecte minore atunci când este vorba de un sistem de sănătate global.

Cele mai multe țări folosesc coplățile mai ales pentru medicamentele prescrise. Se consideră că medicația prescrisă în ambulatoriu permite pacienților, cu excepția anumitor categorii defavorizate și subvenționate, să facă față costurilor fără să amenințe efectuarea tratamentului prescris și deci starea de sănătate. Mai mult, cheltuielile cu medicamentele sunt o problemă mare a bugetelor de sănătate și, de aici, nevoia de acoperire a costurilor. Totuși, se susține că sistemul de coplată ar trebui astfel dezvoltat, încât să permită un tratament preferențial bolnavilor cronici, în special celor, care au nevoie de medicamente esențiale.

De asemenea, există o explicație rațională pentru introducerea unei coplăți în cazul unor evenimente precum nașterile, acestea fiind un eveniment, care poate fi prevăzut. Aceasta înseamnă că potențialii consumatori pot face economii în vederea plății la momentul nașterii (dacă acest fapt nu intră în contradicție cu politicile naționale în domeniu, pronataliste). În mod similar, serviciile care pot fi amânate până când banii sunt disponibili sunt candidate bune pentru coplată. Acesta este

cazul celor mai multe servicii stomatologice. În final, în interesul eficienței, pacienții care ocolesc sistemul de trimitere, mergând direct la spitale, sau acei, care nu constituie urgențe autentice se consideră că ar trebui să suporte o coplată. Aceasta necesită ca îngrijirile primare, care oferă asistență gratuită sau aproape gratuită, să fie uşor accesibile.

Oportunitatea coplății pentru alte tipuri de îngrijiri de sănătate este mai puțin indicată; totuşi, se poate observa că serviciile, cum ar fi furnizarea de ochelari, proteze şi fizioterapie, sunt invariabil subiectul coplății în țările europene. Serviciile preventive, procedurile de diagnostic şi spitalizarea, pe de altă parte, sunt taxate mult mai rar.

Dificultatea fundamentală a oricărui sistem de taxe este cum să scutească pe cei cu venituri scăzute şi alte grupuri dezavantajate. A susține că acei, care pot să-şi permită ar trebui să plătească costul întreg al serviciilor curative, pe care le folosesc şi că persoanele cu venituri scăzute ar trebui protejate printr-un sistem diferit de coplăți este facil teoretic, dar foarte dificil în practică. Există dificultăți în stabilirea persoanelor, care au dreptul la tratament mai favorabil, mai ales în cazul țărilor, în care economia paralelă, evazionistă fiscal, este importantă, aşa cum este şi cazul Republicii Moldova. Mai mult, consimțirea plății nu este neapărat o dovadă a posibilității de a plăti. Persoanele pot să câştige bani în timp de criză, dar la un cost considerabil pentru ei şi familiile lor. Ei pot renunța în acest scop la alte bunuri, precum hrana, care este la fel de importantă pentru menținerea unei bune sănătăți. Scutirile de coplată pentru grupurile cu venituri scăzute pot duce, de asemenea, la stigmatizarea sau pierderea respectului de sine, care poate împiedica oamenii să solicite tratamente diferențiate.

Cu toate acestea, dacă un guvern consideră oportune coplățile în îngrijirile de sănătate, atunci aceste probleme trebuie depăşite. Cu privire la cei cu venituri scăzute, sunt descrise patru strategii esențiale, pe care un guvern le poate urmări:

1. să diferențieze coplățile în funcție de venitul beneficiarului şi, sub o anumită limită, să se renunțe la taxă;
2. să li se dea posibilitatea celor cu venituri scăzute să acopere coplata de la o instituție specializată, ca Ministerul Muncii şi Protecției Sociale;
3. să acorde tuturor asiguraților un voucher, care poate fi folosit în loc de bani pentru obținerea unui număr minim de servicii de sănătate;
4. să se asigure, prin impozitele generale redistributive sau prin politicile de ajutoare băneşti, ca toate familiile să aibă resurse suficiente pentru a obține un nivel de bază al serviciilor, pe care le doresc.

Totuşi, nu numai cei cu venituri scăzute trebuie protejați. Există o argumentație solidă pentru renunțarea la coplăți pentru bolile cronice şi cererile pentru îngrijiri de sănătate foarte scumpe (de exemplu, anumite transplanturi de organe). În mod asemănător, un guvern poate dori să acorde stimulente pentru anumite grupuri (de exemplu, copii şi gravide) în vederea consumării de îngrijiri de sănătate specifice.

Ca un comentariu final la acest compartiment, am putea spune că, dacă folosirea coplăților pentru îngrijirile de sănătate este soluția, care este exact problema? Susținătorii folosirii coplăților le recomandă mai ales în două situații. *Prima* este atunci când cheltuielile pentru sănătate în totalitate sunt scăzute – coplățile sunt recomandate ca o cale de a mobiliza mai mulți bani pentru îngrijirile de sănătate față

de cât pot furniza sursele existente. *A doua* situație se întâlnește, în mod paradoxal, atunci când cheltuielile pentru sănătate sunt ridicate sau cresc rapid, iar coplățile sunt recomandate ca o cale de îmbunătățire a eficienței, prin moderarea cererii și a costurilor. Indiferent de problema, la care încearcă să răspundă, este important ca aceasta să fie clar identificată și coplățile să fie conforme cu problema, la care se dorește rezolvarea.

În ce privește situația din Republica Moldova, până la momentul intrării în vigoare a sistemului de asigurări de sănătate, se poate spune că, deși subiectul coplăților a provocat numeroase dispute, o politică coerentă în acest sens nu a fost, necătând la faptul că 20 – 30% din costurile asistenței medicale erau acoperite prin plăți private directe de către pacienți, fie pe cale oficială sau mai puțin oficială *(un procent mare, chiar comparat cu tendințele europene)*. După implementarea Sistemului de Asigurări Medicale Obligatorii rolul coplăților la prima etapă a fost mai clar definit și reglementat prin mai multe acte legislative și normative inclusiv: Legea Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală și Contractul-tip etc. (vezi Acte legislative și normative de bază ale Sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, capitolul 27, partea II).

9.2.5. ALTE MODALITĂȚI DE COLECTARE A FONDURILOR PENTRU FINANȚAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Primele trei opțiuni menționate mai sus – venituri de la bugetul de stat, asigurări private, asigurări sociale – sunt cel mai des întâlnite ca modalitate de finanțare a serviciilor de sănătate. În ultimii ani, multe din țările, care folosesc una din cele trei opțiuni au încercat forme inovative de finanțare în speranța de a opri escaladarea costurilor la serviciile de sănătate, a lărgi accesul la îngrijirile medicale a populației neasigurate, a spori concurența dintre casele de asigurări și dintre prestatorii de servicii, pentru a-i recompensa pe cei cu performanțe mai bune în termeni de preț, calitate și satisfacție pentru pacienți. Astfel de mecanisme inovative sunt: organizarea tip „health maintenance organization" (HMO) (managed care), concurența dirijată (managed competition) și depozitele de economii cu destinație specială pentru sănătate.

Managed care. Managed care este un concept nou, care integrează finanțarea cu furnizarea de servicii de sănătate și care presupune furnizarea serviciilor într-un sistem integrat, cuprinzător, responsabil și competitiv. *Managed care se definește* ca fiind o varietate de metode de finanțare și organizare a furnizării de îngrijiri de sănătate cuprinzătoare, în care se încearcă realizarea controlului costurilor prin controlul furnizării de servicii.

Principiile, care stau la baza organizării și funcționării *managed care* sunt următoarele:

- selectarea furnizorilor de servicii și stabilirea unor contracte cu aceștia;
- negocierea plăților;
- managementul utilizării (acceptarea de către furnizori a unor modalități explicite de utilizare a resurselor pentru a rezulta costuri cât mai scăzute);
- managementul calității.

Reprezentantul tipic al organizațiilor, care furnizează îngrijiri de sănătate în sistemul *managed care* este HMO.

HMO este o organizaţie, care în schimbul unei prime, furnizează poliţe de asigurare, prin care se angajează să acopere pentru asiguraţi o gamă foarte largă de servicii: de ambulatoriu, spital, laborator, alte tipuri de investigaţii, medicamente cu reţetă etc. Uneori există anumite coplăţi pentru asiguraţi, în momentul primirii de servicii de sănătate.

HMO contractează cu patronii sau cu asiguraţii individuali, care plătesc o sumă fixă „per capita", indiferent de riscul de boală al fiecărui angajat şi de nivelul îngrijirilor, pe care le vor primi, şi se angajează în schimb să asigure pacienţilor îngrijiri cuprinzătoare.

Pe de altă parte, HMO contractează servicii cu furnizorii, de obicei prin sistemul „per capita", dar şi prin plată „per serviciu" la un tarif mai redus. Indiferent cum sunt plătiţi furnizorii, HMO ţine fişele tuturor pacienţilor şi poate observa costurile „per pacient". Dacă un furnizor apare ca fiind prea costisitor în urma risipei, nu se mai reînnoieşte contractul cu el.

De obicei, accesul la spital se face având acceptul medicului de îngrijiri primare, iar pacientul se poate adresa doar spitalelor cu care HMO are contracte (cu excepţia cazurilor de urgenţă). Contractele cu spitalele sunt fie „per caz tratat", fie „per capita", situaţie în care spitalul împarte riscul financiar cu HMO. Uneori spitalele pot aparţine chiar de HMO.

Cu toate că sunt din ce în ce mai răspândite, îngrijirile de sănătate sub formula *managed care* sunt foarte controversate. Criticile cele mai frecvente vin din partea medicilor, care sunt preocupaţi de faptul că plata prin capitaţie ar stimula în fapt o „subfurnizare" de servicii de sănătate (efect contrar celui de „suprafurnizare" specific plăţii per serviciu). Studiile făcute până acum nu au evidenţiat însă diferenţe semnificative între calitatea îngrijirilor furnizate în sistemul tradiţional şi cel al *managed care.*

Concurenţa dirijată („managed competition")

Concurenţa dirijată este un mecanism de finanţare a sănătăţii, care a apărut iniţial în SUA şi s-a adoptat ulterior în Olanda şi Rusia. A apărut în SUA ca o încercare de rezolvare a problemelor fundamentale din sistemul american – în SUA, acoperirea cu îngrijiri medicale este strâns legată de locul de muncă şi nu este universală; 37 milioane de americani sub 65 de ani nu au nici un fel de asigurare medicală. Aceasta afectează mobilitatea muncii, ca urmare a riscului de a pierde asigurarea medicală atunci când se schimbă locul de muncă. Costurile cu sănătatea au crescut foarte rapid în ultimii 20 de ani, ajungând la 14% din PIB în 1995, ca urmare a faptului că mecanismul de plată a prestatorilor conţine stimulente, care îi determină să ofere prea multe servicii. Casele private de asigurări urmăresc creşterea profiturilor mai mult prin excluderea indivizilor cu risc sporit de îmbolnăvire decât printr-o mai mare eficienţă.

Acest mecanism reprezintă o formă de organizare a pieţei asigurărilor medicale. Prin acest mecanism se creează un fel de *cooperativă,* care coordonează cumpărătorii de servicii medicale (casele de asigurări) dintr-o regiune. Obiectivul principal îl constituie organizarea pieţei asigurărilor, astfel încât:

a) indivizii să fie mai bine informaţi atunci când cumpără poliţa de asigurare;
b) indivizii să fie mai responsabili din punct de vedere financiar atunci când consumă serviciile medicale (combaterea hazardului moral).

Printr-un astfel de mecanism, *cooperativele* asigură: definirea unui pachet comprehensiv standard de servicii pentru regiunea, pe care o deservesc, garantarea accesului persoanelor la înscrierea la orice casă de asigurări, eliminarea selecției riscurilor, garantarea reînnoirii poliței de asigurare, informații complete despre performanțele diverselor case de asigurări. Astfel de cooperative au fost asemănate cu un supermarket, în care consumatorii informați şi conştienți de costuri compară prețurile şi serviciile înainte de a cumpăra asigurarea de sănătate. Acest model determină şi casele de asigurări să fie eficiente atunci când cumpără servicii de la prestatorii de îngrijiri medicale.

Acest model a fost destinat să răspundă problemelor americane, dar el s-a dovedit relevant şi pentru alte țări. Olanda, care a inițiat o reformă în sensul promovării concurenței între casele de asigurări, în cadrul unui sistem social de asigurări cu acoperire universală, a urmărit corectarea comportamentului caselor de asigurări, în sensul eliminării *selecției riscurilor*, adică eliminarea procesului, prin care casele de asigurări selectau persoanele cu riscuri mici şi le respingeau pe cele cu risc sporit de îmbolnăvire.

Pentru ca un astfel de mecanism să funcționeze efectiv, este nevoie ca veniturile, care alimentează sistemul (indiferent de sursă) să fie colectate într-un singur fond, care să fie apoi distribuit către casele de asigurări pe baza unei scheme ajustate în funcție de risc (casele de asigurări să primească un volum mai mare de resurse pentru persoanele cu risc sporit). Numai astfel casele de asigurări pot fi determinate să asigure persoanele cu risc sporit.

Depozite bancare de economii pentru sănătate.

Acest model este utilizat în SUA şi Singapore. El presupune ca indivizii să economisească bani într-un cont special, din care să plătească îngrijirile medicale. Printr-un astfel de mecanism, la fel ca şi în cazul plății directe a serviciilor de către consumatori, indivizii devin foarte conştienți de costul serviciilor şi astfel problema hazardului moral este combătută. De asemenea, prin astfel de depozite de economii, indivizii au libertatea de a alege furnizorul de servicii. În plus, prin încurajarea economiilor, pot fi atinse şi alte obiective legate de dezvoltarea economică.

Unul din avantajele importante ale acestui sistem este că încurajează prudența în consumul medical, deoarece sumele necheltuite sunt folosite în interesul titularului de depozit, şi nu în interesul companiei de asigurări sau al guvernului. Astfel, sumele necheltuite pot fi folosite pentru consum nonmedical, pentru a fi transferate în bani lichizi urmaşilor sau pentru a fi transferate de la an la an pentru cheltuieli medicale viitoare.

Acest model nu este folosit pentru acoperirea tuturor serviciilor medicale, ci mai degrabă ca un mecanism complementar. În SUA, ca urmare a scutirilor de impozit, care se aplică la depozitele de economii pentru sănătate, acest mecanism a căpătat extindere mai largă. Este evident că un astfel de mecanism de asigurare împotriva riscului de îmbolnăvire poate fi folosit numai de cei, care doresc şi au posibilitatea să economisească.

9.3. MECANISME DE ALOCARE A RESURSELOR: RAMBURSARE ŞI REMUNERARE

Fondurile pentru sănătate, odată colectate printr-unul din mecanismele prezentate în secţiunea anterioară, sunt alocate prin diferite mecanisme instituţiilor furnizoare de servicii de sănătate, o parte importantă fiind folosită pentru remunerarea personalului. Alocarea fondurilor către furnizorii instituţionali şi remunerarea personalului reprezintă, de fapt, ambele procese de alocare la niveluri diferite. Uneori, existenţa mai multor niveluri de intermediari financiari (terţi plătitori) introduce o etapă suplimentară de alocare între intermediarii responsabili pentru acoperirea unor populaţii, definite pe criterii cum ar fi rezidenţa sau ocupaţia. Alocarea fondurilor implică oferirea resurselor necesare organizaţiilor de îngrijiri de sănătate sau intermediarilor financiari de nivel inferior pentru a desfăşura o paletă generală de activităţi legate de sănătate. Remunerarea reprezintă un aspect mai restrâns, care se referă numai la activitatea de compensare a profesioniştilor din domeniul sănătăţii pentru timpul şi efortul investit în furnizarea îngrijirilor. Câte odată aceste etape pot fi combinate în aceeaşi tranzacţie. Alocarea fondurilor şi remunerarea coincid, de exemplu, când un terţ plătitor plăteşte unui medic independent un onorariu pentru un serviciu. Dar, în general, este important să se analizeze diferenţiat alocarea fondurilor şi remunerarea, deoarece modul de alocare a fondurilor pentru o organizaţie de îngrijiri de sănătate poate fi diferit de modul de remunerare ales de organizaţie pentru personalul său. Totuşi, deoarece atât alocarea fondurilor, cât şi remunerarea sunt legate de problema asigurării resurselor pentru organizaţiile de îngrijire a sănătăţii şi pentru personalul de îngrijiri în schimbul unei activităţi, ambele se supun multor principii comune. De aceea, când se vor prezenta aspecte, care se referă atât la alocarea fondurilor, cât şi la remunerare, se va folosi termenul general de „plată". Când distincţia este necesară pentru analiză, se vor folosi termenii specifici „alocare a fondurilor" şi „remunerare".

Un sistem de plată este constituit din două componente de bază, care pot fi combinate într-o varietate de moduri. Prima componentă este mecanismul de plată, care se referă la bazele, pe care banii sunt schimbaţi între cele două părţi într-un sistem de plată. Plata per serviciu, salariul şi capitaţia sunt trei exemple dintre cele mai folosite mecanisme de plată. A doua componentă este reprezentată de părţile care fac schimbul. Partenerii, care apar frecvent în sistemele de plată sunt guvernul, reprezentat, de obicei, de instituţii specializate de la nivel central şi local, asigurările de sănătate, personalul, instituţiile furnizoare de servicii de sănătate şi beneficiarii.

9.3.1. STRUCTURA SISTEMELOR DE PLATĂ

Dintre numeroasele entităţi, care pot interacţiona în cadrul unui sistem de plată, majoritatea se încadrează într-una sau mai multe din următoarele categorii: beneficiari, furnizori (individuali sau instituţionali) şi intermediari financiari (terţi plătitori). Beneficiarii sunt persoanele acoperite de un plan de îngrijiri de sănătate, de exemplu, rezidenţii unei unităţi administrativ-teritoriale, în cazul unui sistem finanţat predominant din impozite, sau asiguraţii înscrişi la o instituţie/firmă, în cazul unui sistem finanţat predominant din asigurări sociale sau private. Furnizorii sunt acei indivizi sau instituţii, care oferă îngrijiri de sănătate ce pot fi utilizate de benefi-

ciari. Un intermediar financiar este o organizaţie, care colectează sau primeşte bani, care sunt folosiţi pentru a finanţa asigurările de sănătate şi serviciile de îngrijiri de sănătate şi pentru a remunera furnizorii. Fluxul monetar trece pe la intermediar ca o parte a sistemului de generare şi alocare a veniturilor. Într-un sistem finanţat public, un intermediar financiar va fi, în mod normal, o agenţie guvernamentală sau o organizaţie nonguvernamentală nonprofit, care administrează fondurile la nivel central, regional sau local. În sistemele private, acesta poate fi un angajator, care colectează şi plăteşte primele în numele angajaţilor săi sau un asigurător privat. Pot exista mai multe niveluri de intermediari financiari în cadrul unui sistem de alocare a fondurilor şi remunerare.

În *figura 34* sunt reprezentate câteva aranjamente mai frecvent întâlnite ale participanţilor la sistemele de plată. Săgeţile din figuri descriu fluxul banilor între entităţile sistemului. Sistemul I, de exemplu, reprezintă un sistem, în care beneficiarii individuali plătesc furnizorilor direct. În sistemul 2, cel puţin unele fonduri trec pe la un intermediar financiar (săgeata b) înainte de a ajunge la furnizori (săgeata c). Intermediarul financiar poate fi o agenţie privată, un angajator, o instituţie publică autonomă sau o structură în cadrul guvernului. Sistemul III descrie un flux mai complex al fondurilor, în care există mai multe niveluri de intermediari financiari, unii dintre aceştia primind fonduri de la mai multe părţi. Într-un sistem public, de exemplu, intermediarii de nivel 1 pot fi reprezentaţi de guvernul central, în timp ce intermediarii de nivel 2 pot fi o structură de guvernare regională sau locală; într-un sistem privat, intermediarii de nivel 1 pot fi angajatorii, iar cei de nivel 2, organizaţiile de asigurări.

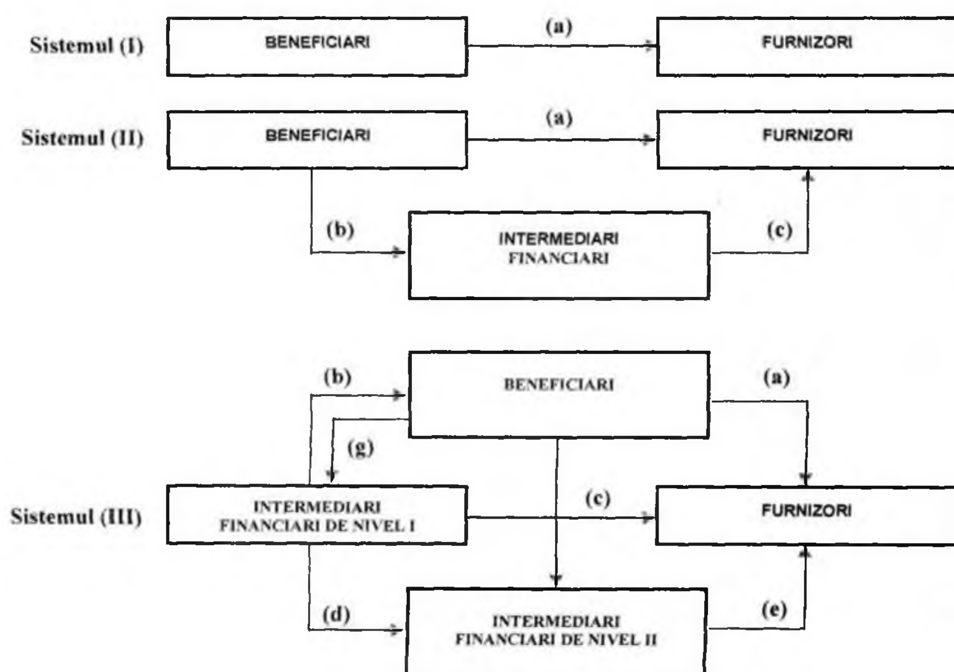


Figura 34. **Modele de sisteme de generare şi alocare a fondurilor**

Sistemele de generare şi alocare a fondurilor din viaţa reală pot fi mult mai complexe decât cele descrise aici şi fiecare subsistem (de exemplu, bazat pe angajator, pentru funcţionarii publici, publicul general etc.) dintr-o ţară poate avea propria lui schemă.

Aceste scheme exemplifică, de asemenea, două alternative de bază pentru alocarea fondurilor: cea orientată către furnizor şi cea orientată către populaţie. În cazul alocării bazate pe furnizor, fluxul banilor este îndreptat direct către furnizori. În cazul alocării bazate pe populaţie, banii sunt ataşaţi nominal de beneficiari, astfel încât, într-un sens, ei ajung oriunde se duc aceştia, indiferent de distribuţia furnizorilor. Cantitatea de bani, pe care o primeşte un intermediar financiar de nivel 2 (de exemplu, administraţia de la nivelul local sau regional) sau o organizaţie furnizoare de îngrijiri de sănătate este legată direct de numărul de indivizi, pentru care au responsabilitate. Deci, în cazul sistemelor bazate pe populaţie, chiar dacă o unitate teritorială (district, judeţ) nu are furnizori de îngrijiri de sănătate, resurse de îngrijiri de sănătate sunt alocate acelei unităţi, permiţând ca locuitorii acesteia să obţină servicii de sănătate de la furnizorii din alte unităţi teritoriale. În timp, un asemenea sistem poate stimula atragerea furnizorilor în zonele, în care iniţial nu existau furnizori. În contrast, în cazul aranjamentelor bazate pe furnizor, banii merg acolo unde se află aceştia, ceea ce nu înseamnă neapărat că merg şi acolo unde se află nevoile de sănătate (cu alte cuvinte, beneficiarii). Aceasta este o problemă majoră pentru zonele rurale, localităţile izolate sau cele cu un nivel ridicat al sărăciei, care din cauza condiţiilor mai puţin atractive, au puţini furnizori, în pofida unor nevoi de sănătate peste medie.

9.3.2. ALOCAREA RESURSELOR ORIENTATE CĂTRE POPULAŢIE

În situaţiile, în care anumiţi intermediari financiari de nivel inferior sau furnizori de servicii au responsabilitatea finanţării sau furnizării serviciilor pentru o populaţie definită (de exemplu, prin reşedinţa într-o anumită zonă geografică, prin acoperirea de către un anumit asigurător etc.) se pune problema principiilor şi metodelor, care să fie folosite pentru alocarea resurselor financiare către aceştia.

Pentru componentele sistemului de plată, care sunt reglementate pe principii de piaţă, alocarea se face în mod implicit ca urmare a opţiunilor consumatorilor. Astfel, de exemplu, dacă este permisă concurenţa între fondurile de asigurări, volumul resurselor financiare ale fiecărui fond va depinde de numărul şi mărimea contribuţiilor asiguraţilor, pe care acesta reuşeşte să îi atragă. Similar, pentru acei furnizori de servicii de sănătate, pe care pacienţii îi pot alege liber fondurile, pe care le primesc de la intermediarii financiari sau direct de la beneficiari depind de numărul şi tipul de utilizatori atraşi.

Obiectivul unor intervenţii de tipul celor enumerate mai sus este acela de a îmbunătăţi echitatea sistemului de îngrijiri. Definiţia operaţională cea mai acceptată a echităţii sistemului de sănătate este cea de asigurare a unui acces egal la servicii celor cu nevoi de sănătate egale. O condiţie necesară realizării accesului egal este aceea ca resursele financiare disponibile în medie pentru o persoană să fie similare pentru populaţiile sau grupurile de asiguraţi, între care se doreşte garantarea accesului egal.

Unităţile de alocare posibile pot fi deci diferite: furnizori, populaţii/persoane acoperite de un anumit intermediar financiar, servicii de sănătate (intervenţii) sau perechi problemă de sănătate-intervenţie.

a. Alocarea în funcţie de nevoi.

Când scopul principal al alocării este îmbunătăţirea echităţii în privinţa accesului la servicii, care este o condiţie a funcţionării oricărui sistem de sănătate, ce urmăreşte să satisfacă principiul solidarităţii, alocarea resurselor între populaţiile de beneficiari trebuie făcută în funcţie de nevoile de servicii de sănătate ale acestora. În acest context, prin nevoie de servicii de sănătate se subînţelege capacitatea de a beneficia de pe urma unei intervenţii. Intensitatea acestei nevoi pentru o anumită populaţie este măsurabilă prin ecartul dintre indicatorii de nivel al stării de sănătate şi factorii determinanţi ai acesteia, în comparaţie cu nivelul acelor indicatori considerat acceptabil într-o societate sau comunitate. În practică se pot lua ca etalon pentru un subgrup populaţional indicatorii înregistraţi la nivelul întregii populaţii, căreia acesta îi aparţine (de exemplu, indicatorii stării de sănătate ai populaţiei unei regiuni în raport cu cei ai populaţiei întregii ţări).

Indicatorii aleşi pentru a aprecia nevoile de sănătate depind de modul de operaţionalizare a conceptului de echitate în raport cu sănătatea. Aceasta poate să se refere la egalitatea în privinţa stării de sănătate, a capacităţii de a beneficia, a capacităţii de a beneficia în raport cu costul obţinerii unui anumit beneficiu sau a intensităţii utilizării serviciilor de sănătate.

Un exemplu practic de alocare a fondurilor pentru populaţii definite geografic şi/sau administrativ este formula RAWP („resource allocation working party"), aplicată în Anglia începând cu 1976 pentru o alocare a fondurilor ajustată în funcţie de nevoile populaţiei, de la nivelul central către cele 14 regiuni ale Sistemului Naţional de Sănătate. Această formulă a fost îmbunătăţită la începutul anilor '90, aplicarea ei fiind extinsă şi la alocarea fondurilor către districtele, în care sunt împărţite regiunile districte, care cuprind populaţii de ordinul sutelor de mii de locuitori. În această formulă se folosesc indicatori, ce se consideră că prezintă o bună asociere cu nevoile de servicii de sănătate, încercându-se, de asemenea, să se folosească un număr cât mai mic de indicatori disponibili de rutină, fără mari cheltuieli suplimentare, la un nivel de agregare suficient de detaliat şi care să fie pe cât se poate independenţi între ei, pentru a evita un exces de ajustare.

Practic, fondurile sunt împărţite în funcţie de:

- numărul populaţiei;
- volumul de servicii necesare, estimat pe baza structurii pe sexe şi grupe de vârstă şi a ratelor de utilizare de la nivel naţional;
- raportul standardizat al mortalităţii (RSM), acesta fiind folosit ca indicator de rutină, uşor disponibil, de estimare a morbidităţii.

Pentru unele tipuri de servicii, pentru care RSM nu este un bun indicator de aproximare a morbidităţii, se folosesc alţi indicatori, cum ar fi rata natalităţii pentru nevoile de servicii obstetricale, proporţia persoanelor căsătorite pentru nevoile de servicii de sănătate mintală sau frecvenţa accidentelor rutiere pentru nevoile de servicii de urgenţă.

Alocarea fondurilor pe regiuni la niveluri, care s-au apropiat gradat, pe parcursul unei perioade de aproximativ 15 ani, de cele optime obţinute prin aplicarea

formulei RAWP a șters aproape complet inechitățile în privința fondurilor disponibile pentru servicii de sănătate între diferitele regiuni ale Sistemului Național de Sănătate din Marea Britanie.

Formule similare se folosesc și pentru realocarea fondurilor între case de asigurări sociale de sănătate, atunci când se urmărește respectarea principiului solidarității între grupuri populaționale înscrise la diferite case de asigurări. Odată cu relaxarea constrângerilor cu privire la alegerea de către asigurat a casei de asigurări Germania a introdus și un mecanism de redistribuire, care ține seama de numărul de asigurați și costul total al serviciilor necesare, estimat pe baza structurii pe grupe de vârstă, sexe și prezență a invalidității pentru asigurații fiecărei case și a costului mediu măsurat la nivel național, pentru serviciile acordate în funcție de aceleași caracteristici. Cehia folosește un mecanism similar de redistribuire, administrat de Casa Generală (Națională) de Asigurări, pentru ajustarea, în funcție de numărul de asigurați și de structura riscurilor acestora, a fondurilor disponibile ale tuturor caselor de asigurări sociale de sănătate, aflate în competiție. În cazul redistribuirii între casele de asigurări, deoarece nu se urmărește doar o alocare a fondurilor, care să permită finanțarea unui acces echitabil la servicii, ci și o generare a fondurilor echitabilă, în procesul de alocare se ține seama în plus și de nivelul mediu al contribuției pe persoană asigurată, așa încât povara susținerii financiare să fie distribuită cât mai just.

b. Alocarea în funcție de eficiență.

Răspunsul societății la problema volumului limitat al resurselor financiare disponibile pentru acoperirea costului în creștere al serviciilor de sănătate poate să se încadreze în diferite modele:

1. creșterea volumului resurselor alocate pentru sănătate, în cantitate absolută și/sau ca proporție din totalul resurselor disponibile ale societății;
2. limitarea implicită a consumului, prin acceptarea ca cel puțin pentru o parte a serviciilor accesul să fie determinat pe baza disponibilității de a plăti a utilizatorilor, apelând la plata directă sau la asigurări voluntare;
3. limitarea consumului printr-un control rigid asupra unor factori necesari producerii serviciilor (infrastructură, echipamente, personal); acest control limitează capacitatea furnizorilor de a oferi servicii, situație în care pot exista liste de așteptare cu criterii explicite pentru stabilirea ordinii de acces la intervenții deficitare ca ofertă, sau funcționează o limitare implicită, de tipul primul sosit – primul servit;
4. definirea unor pachete de servicii esențiale, susținute în mod solidar de membrii societății și la care accesul se face în mod echitabil; accesul la serviciile neincluse în aceste pachete se poate face conform disponibilității de a plăti a utilizatorilor, prin plată directă sau asigurări voluntare.

Proiectarea unui pachet de servicii esențiale, care să maximizeze beneficiul de sănătate pentru un cost total dat al îngrijirilor se poate face incluzând în pachet acele perechi problemă de sănătate-intervenție, care au cel mai favorabil raport cost-eficacitate. Procedura posibilă pentru alegerea intervențiilor, care să fie incluse cuprinde următoarele etape:

1. ordonarea perechilor problemă de sănătate-intervenție în ordinea descrescătoare a raportului eficacitate-cost;

2. estimarea numărului de intervenţii pe baza prevalenţei;

3. calculul costurilor furnizării fiecărui serviciu ca produs dintre numărul estimat de intervenţii şi costul mediu al unei intervenţii;

4. cumularea costurilor calculate;

5. stabilirea pragului pentru includerea în pachetul de servicii acoperite la nivelul maxim al costurilor cumulate, care încă se încadrează în limita fondurilor disponibile.

c. Alocarea în funcţie de priorităţile publicului.

Una din concluziile, la care s-a ajuns în „experimentul Oregon" a fost aceea că, deşi eficienţa diferitor servicii este un criteriu important în alcătuirea unui pachet de servicii esenţiale, acest criteriu trebuie completat cel puţin cu cel al priorităţilor percepute de public. Consultarea beneficiarilor sau a profesioniştilor din domeniul sănătăţii a fost, de altfel, folosită mai frecvent pentru orientarea contractării serviciilor decât pentru clasamentele de eficienţă.

Implicarea publicului în luarea deciziilor cu privire la pachetul de îngrijiri poate fi făcută consultând reprezentanţi ai populaţiei generale, ai contribuabililor, ai pacienţilor sau ai furnizorilor. Se pot obţine informaţii despre preferinţele publicului, apelând la procese electorale, anchete pe eşantion, întâlniri publice, dezbateri-panel.

Datorită caracterului limitat al cunoştinţelor de specialitate şi experienţei personale reduse a fiecărui individ luat în parte în privinţa suferinţelor provocate de majoritatea bolilor sau a utilizării serviciilor necesare tratării acestora, rezultatele consultărilor cu privire la preferinţe sunt mult influenţate de informaţiile, care sunt puse la dispoziţia publicului şi de modul în care sunt formulate întrebările. Este posibil ca unele dintre preferinţele publicului să fie greu de reconciliat cu poziţiile experţilor, managerilor sau politicienilor – de exemplu, publicul este mult mai înclinat să susţină proliferarea rapidă a unor metode şi tehnologii noi, unele foarte scumpe, chiar insuficient evaluate din punctul de vedere al eficienţei, dar care vin în întâmpinarea speranţelor de a putea trata afecţiuni grave. Studii asupra modalităţilor de implicare a publicului în stabilirea priorităţilor în sectorul de sănătate sugerează că pentru anumite tipuri de decizii este mai adecvată consultarea anumitor reprezentanţi, după cum e reprezentat în *tabelul 61*.

Tabelul 61

Consultarea în stabilirea priorităţilor sectorului de sănătate

Întrebarea	Categoria reprezentanţilor, care trebuie consultaţi
Cât de mult trebuie să se cheltuiască pentru sănătate?	Politicieni
Cum trebuie să fie colectate fondurile?	Politicieni
Categorii mari de priorităţi pentru servicii de sănătate.	Public general
Priorităţi specifice pentru servicii de sănătate.	Experţi
Ce servicii (clinice) trebuie să fie furnizate?	Experţi
Cine trebuie să beneficieze de servicii?	Pacienţii

9.4. MECANISME DE PLATĂ

Mecanismele de plată cel mai frecvent utilizate, care vor fi definite şi descrise în continuare, sunt: plata per serviciu, plata bazată pe diagnostic, capitaţia, bugetul global, salariul şi plata după timpul lucrat.

9.4.1. PLATA PER SERVICIU

Plata per serviciu este un mecanism de plată, prin care un furnizor de îngrijiri de sănătate sau o organizaţie primeşte o plată de fiecare dată când oferă un serviciu rambursabil (de exemplu: consultaţii, proceduri chirurgicale, teste de diagnostic). Plata per serviciu poate fi folosită atât pentru alocarea fondurilor pentru organizaţii, cât şi pentru a remunera personalul de sănătate dintr-o organizaţie. Plata per serviciu este făcută numai după furnizarea serviciului, iar plăţile totale către un furnizor depind direct de numărul de servicii furnizate. Plata per serviciu încurajează eficienţa tehnică (adică minimizarea costurilor) în producţia unui serviciu, dar, deoarece un furnizor este plătit de fiecare dată când furnizează un serviciu, indiferent dacă serviciul este necesar sau eficace, nu încurajează eficienţa în privinţa utilizării serviciilor în tratarea unui pacient sau a unui episod de boală. Stimulentul de a oferi mai multe servicii decât sunt necesare este unul din cele mai studiate aspecte ale plăţii per serviciu. Producerea de servicii, care nu sunt neapărat necesare, compromite eficienţa alocativă.

Scala de valori relative în funcţie de consumul de resurse.

Modalitatea de plată a medicilor şi cuantumul plăţilor reprezintă stimulente economice, care îi pot determina pe medici să decidă ce specialitate să aleagă, în ce zonă să-şi situeze cabinetul sau clinica sau ce servicii să realizeze. Mulţi medici consideră că există discrepanţe inechitabile între tarifele pentru procedurile chirurgicale şi tarifele pentru serviciile de evaluare şi diagnostic.

O echipă de cercetători de la Universitatea Harward a fost însărcinată cu realizarea acestui studiu. Au fost studiate servicii din 18 specialităţi: chirurgie generală, anestezie, medicină de familie, medicină internă, obstetrică şi ginecologie, oftalmologie, chirurgie ortopedică, otorinolaringologie, patologie, radiologie, chirurgie toracică şi cardiovasculară, urologie, alergologie şi imunologie, dermatologie, chirurgie maxilofacială, pediatrie, psihiatrie şi reumatologie.

Din fiecare specialitate s-a constituit un panel format din specialişti desemnaţi de asociaţiile profesionale relevante. Medicii din aceste grupuri tehnice consultative au constituit sursa principală de informaţii legată de natura practicii medicale din fiecare specialitate. În plus, pentru estimarea muncii relative per serviciu, s-a efectuat o anchetă la nivel naţional, care a cuprins 3 200 de medici, care au acordat ponderi specifice serviciilor din specialitatea lor. Datele referitoare la costul practicii medicale şi al asigurării împotriva malpracticii au fost culese din surse publicate oficial.

Acest sistem are avantajul că pune problema retribuirii într-un mod corelat atât a medicilor generalişti, cât şi a celor specialişti. Pe de altă parte, evită neajunsurile unui sistem de plată bazat pe puncte per serviciu legate de stabilirea arbitrară sau pe bază de negociere a numărului de puncte per serviciu.

Scala de valori relative în funcție de consumul de resurse (SVRCR) ia în calcul:

1. Munca pentru un anumit serviciu; munca se determină luând în considerare timpul și intensitatea, cu care acesta este cheltuit, avându-se în vedere următoarele elemente:

- cantitatea de timp;
- efortul mintal;
- aptitudinile tehnice și efortul fizic;
- stresul.

2. Costul relativ de practică (costul desfășurării activității într-o anumită specialitate, care include și costul asigurării pentru „malpractică"); costul practicii este acel cost, care exclude timpul și efortul depus de medic. Se includ în costul practicii toate cheltuielile legate de desfășurarea activității, altele decât cele legate de plata medicului.

3. Costul de oportunitate al specialității (venitul pierdut pe perioada specializării). Medicii din diferite specialități necesită un efort de pregătire diferit. Pe perioada pregătirii, ei pierd niște venituri potențiale. Aceste venituri pierdute pentru a urma o pregătire suplimentară de specializare în loc să practice reprezintă costul de oportunitate al unei specialități. În aprecierea efortului global făcut de un medic pentru îngrijirea unui pacient trebuie inclus și acest cost. Prin urmare, medicul trebuie recompensat și în funcție de eforturile lui de a se perfecționa.

Se calculează o valoare relativă pentru fiecare serviciu, care multiplicată cu un factor monetar de conversie, determină tariful pe care îl primește un medic pentru un anumit serviciu prestat.

Într-o anumită măsură, sistemul de plată per serviciu bazat pe scala de valori relative în funcție de consumul de resurse se aseamănă foarte mult cu sistemul bazat pe puncte per serviciu, deoarece ambele presupun multiplicarea valorii relative sau a numărului de puncte cu un factor monetar de conversie pentru a determina „prețul" unui serviciu.

Problema critică, pe care o au sistemele de plată per serviciu – crearea de stimulente pentru medici de a spori volumul de activitate sau intensitatea – rămâne însă nerezolvată.

9.4.2. PLATA BAZATĂ PE DIAGNOSTIC

Plata bazată pe diagnostic este un mecanism în care furnizorul sau organizația primește o plată fixă, stabilită în prealabil, de fiecare dată când tratează un individ cu un anumit diagnostic specificat (de exemplu, infarctul miocardic, pneumonia, fractura multiplă). Metoda poate fi folosită atât pentru alocarea fondurilor către organizații, cât și pentru remunerarea personalului dintr-o organizație, deși este mai mult folosită pentru prima situație. Plata pentru fiecare categorie de diagnostic este stabilită în prealabil (și în mod normal este egală cu costurile medii sau așteptate pentru indivizii cu acel diagnostic) și nu variază în funcție de serviciile, care sunt furnizate în mod real pentru a trata individul.

Pentru fiecare caz tratat, organizația/furnizorul suportă unele riscuri asociate cu costurile tratamentului: în cazul, în care costul serviciilor furnizate unui pacient depășește plata fixă bazată pe diagnostic, atunci organizația trebuie să absoarbă costurile în exces; dacă, totuși, costurile reale se situează sub plata bazată pe diagnostic, organizația păstrează diferența. Deoarece organizația/furnizorul reține diferența

dintre costul real al tratamentului şi plata fixă pentru fiecare caz tratat, plata pe bază de diagnostic încurajează eficienţa tehnică şi cost-eficacitatea atât în producerea serviciilor, cât şi în utilizarea serviciilor pentru a trata un individ (ceea ce înseamnă minimizarea costurilor totale per diagnostic). Aspectul potenţial negativ al acesteia este că oferă stimulente pentru a trata doar anumiţi pacienţi – ori de câte ori un furnizor are posibilitatea de a trimite cazurile mai grave spre alţi furnizori, stimulentul financiar îl va încuraja să procedeze astfel. Vor fi selectate pentru tratament doar cazurile mai puţin severe din fiecare categorie de diagnostic, iar diagnosticele vor fi clasificate în aşa fel încât să se maximizeze plăţile asociate celor trataţi, ori de câte ori există un motiv pentru a înregistra un diagnostic.

Exemplul cel mai cunoscut de plată bazată pe diagnostic este *Metoda DRGs (diagnostic related groups – grupuri de diagnostice asociate)*

Dezvoltarea şi implementarea mecanismului de finanţare a spitalelor bazat pe DRGs a apărut ca o soluţie entuziastă în SUA pentru ca serviciile de sănătate să devină mai eficiente. Aceasta a reprezentat motivaţia pentru introducerea în anul 1983 a DRGs ca o metodă de plată a spitalelor din SUA, care lucrau cu programul Medicare (program de îngrijire a bătrânilor). S-a pornit de la ipoteza că plata spitalelor în funcţie de costul mediu pe DRGs ar determina spitalele cu costuri mai mari decât costul mediu să-şi reducă costurile. În condiţiile, în care calitatea îngrijirilor ar rămâne neschimbată, reducerea costurilor ar conduce la o mai mare eficienţă tehnică, adică acelaşi nivel al producţiei s-ar obţine cu un cost mai mic.

Dată fiind marea varietate a activităţilor desfăşurate de un spital şi dificultatea de a o monitoriza şi evalua, grupurile relaţionate prin diagnostic (DRGs) reprezintă o încercare de a standardiza şi defini din punct de vedere operaţional, care este producţia unui spital.

DRGs descriu tipurile de pacienţi externaţi din spitale. Versiunea cea mai utilizată conţine 467 de grupuri de pacienţi, ordonate în funcţie de organele anatomice, în 23 de categorii majore de diagnostic. Clasificarea pacienţilor în DRGs se realizează în funcţie de: diagnosticul principal, intervenţiile chirurgicale, diagnosticul secundar (comorbiditate sau complicaţii), vârstă, sex şi situaţia la externare. Grupurile sunt coerente din punct de vedere clinic şi presupun un consum similar de resurse.

Aşa cum a fost conceput, sistemul de DRGs înarmează medicii şi managerii cu o tehnică puternică pentru a înţelege şi controla costurile spitaliceşti. Se poate ajunge să se determine costul pe tip de pacient, precum şi costul pentru diferite servicii din spital.

DRGs pot fi folosite în două moduri: ca o metodă de finanţare bazată pe plata per caz sau în cadrul unui buget global. Efectele asupra eficienţei spitalelor depind de utilizarea DRGs într-un mod sau altul.

1. Pot DRGs conduce la creşterea eficienţei?

Termenul eficienţă este folosit în multe împrejurări şi de multe ori cu înţelesuri diferite. Intuitiv, ne putem gândi la acest concept ca fiind obţinerea unui rezultat dorit cu cel mai scăzut cost posibil. Astfel, putem spune că un spital funcţionează eficient dacă, fără să afecteze sănătatea, ar putea reduce costul per caz. Vorbim în acest caz de eficienţă tehnică.

Eficienţa tehnică se concentrează asupra problemelor legate de „cât de bine fac spitalele ceea ce fac?".

Un al doilea aspect al eficienţei încearcă să atace o problemă fundamentală: „ar trebui spitalele să facă ceea ce fac?" sau „cât din ceea ce fac ar trebui făcut?". Acest aspect al eficienţei se referă la eficienţa în alocare. Spunem că există eficienţă în alocare atunci când nu s-ar obţine nici un beneficiu suplimentar dacă societatea ar decide să realoce resursele dintr-un sector al sănătăţii spre altul (sau dintr-o parte a societăţii spre sectorul sanitar). Cu toţii suntem de acord că sunt multe de făcut în privinţa eficienţei în alocare în sectorul sanitar şi la nivelul societăţii în general.

Problema eficienţei în alocare se pune ori de câte ori vrem să introducem un serviciu nou sau să extindem/reducem un serviciu existent. Astfel, eficienţa în alocare ne face să ne întrebăm dacă anumite activităţi ar trebui realizate şi în ce măsură.

Aspectele de mai sus au importanţă atunci când încercăm să vedem dacă folosirea DRGs ca un mecanism de plată a spitalelor va conduce spre un nivel mai mare de eficienţă în sectorul spitalicesc.

2. DRGs ca un mecanism de finanţare per caz a spitalelor.

Spitalele reacţionează în mod diferit la diverse stimulente financiare. Majoritatea autorilor consideră că spitalele tind să maximizeze atât numărul de pacienţi, cât şi serviciile acordate acestora, acest lucru fiind asociat cu o mai bună calitate. Există, de asemenea, credinţa că, fără restricţii financiare, spitalele tind să furnizeze prea multe servicii, aceasta fiind apreciată ca o ineficienţă în alocarea resurselor.

Un sistem de finanţare a spitalelor per caz nu stabileşte nici o restricţie asupra resurselor alocate pentru serviciile spitaliceşti. Nivelul veniturilor spitalului va fi determinat retrospectiv de către volumul de activitate. În termenii eficienţei alocative, o realocare a resurselor de la spitale către alte sectoare ar putea creşte impactul asupra stării de sănătate.

Într-un sistem de finanţare retrospectivă bazată pe plata per caz un spital, pentru a obţine mai multe venituri, va creşte numărul de pacienţi trataţi. Ca o soluţie la această problemă, multe din ţările Europei folosesc sistemul de plată per caz în asociere cu un buget global.

3. Probleme legate de sistemul DRGs.

a. Manipularea codificării

Credinţa că ar putea fi redus costul per caz a stat la temelia introducerii sistemului DRGs în multe spitale. Spitalele pot găsi însă unele căi pentru a învinge sistemul. Astfel, spitalele ar putea creşte veniturile atrase fără să crească activitatea sau eficienţa. Acest lucru se poate realiza cel mai simplu prin sistemul de codificare; un pacient ar putea fi astfel codificat încât să treacă dintr-o grupă fără complicaţii într-una cu complicaţii, pentru care preţul este mai mare. Astfel veniturile vor creşte, activitatea va rămâne aceeaşi, iar eficienţa va scădea.

b. Mişcarea pacienţilor

Este posibil să externezi un pacient pentru a-l interna din nou peste câteva zile. Acest inconvenient ar putea fi înlăturat prin observarea şederilor apropiate în timp, dar ar putea avea de suferit pacienţii, care ar necesita într-adevăr reinternarea.

O altă posibilitate ar fi să se interneze pacienţi, care ar putea fi trataţi ambulatoriu.

c. Transferul costurilor

Există evidenţe, care arată o scădere a costurilor per caz pentru spitalele, care au optat pentru un sistem prospectiv (anticipat) de plată. Principalul factor, care contribuie la scăderea costurilor per caz este reducerea duratei de şedere în spital.

Există însă şi evidenţe, care atestă faptul că pacienţii costisitori pot avea dificultăţi de acces sau pot fi externaţi mai devreme, asistând astfel la un transfer al costurilor spre alţi agenţi (îngrijiri comunitare, familie, spitale pentru cronici).

Un subiect de discuţie legat de folosirea DRGs în cadrul unui mecanism de plată al spitalelor este determinat de faptul că tariful pe DRGs reflectă un cost mediu. Nu există nici o certitudine că practicile clinice, care determină aceste costuri sunt cele mai adecvate.

Deci, înainte de implementarea unui mecanism de finanţare bazat pe un sistem DRGs, trebuie să analizăm experienţa altora şi să vedem cum ar putea fi depăşite inconvenientele reliefate mai sus. O altă problemă cu DRGs este că lasă impresia că rezultatul îngrijirilor de sănătate este măsurat pur şi simplu prin numărul de pacienţi trataţi. Dar nu este chiar aşa, îmbunătăţirea stării de sănătate şi a stării funcţionale ar trebui să fie rezultatul îngrijirilor de sănătate şi, atât timp cât nu avem date despre rezultate, nu vom fi capabili să spunem, care mecanism de finanţare îndeplineşte obiectivele de eficienţă ale îngrijirilor de sănătate.

4. O soluţie alternativă: finanţarea pe *„diagnostic related groups"* **combinată cu bugetul global.**

Multe din problemele de mai sus pot fi rezolvate dacă DRGs ar fi utilizate în combinaţie cu un buget global, aşa cum pare a fi intenţia majorităţii ţărilor europene, care desfăşoară experimente cu un astfel de sistem.

Bugetul global, utilizat în mod frecvent în Norvegia, Suedia, Finlanda, Marea Britanie, asigură un control al costurilor totale, dar nu asigură nici o legătură directă între volumul de activitate şi cheltuieli. Spitalele prezintă un plan de activitate, dar, dată fiind asimetria informaţională între spitale şi finanţatori, spitalele au posibilitatea să-şi reajusteze activitatea în limitele resurselor, consecinţa directă fiind apariţia listelor de aşteptare.

Combinarea bugetului global cu un mecanism de finanţare per caz ar putea să nu conducă la aceleaşi efecte ca cele observate în SUA, deoarece bugetul global stabileşte un plafon asupra costurilor totale.

Dar chiar şi în cazul utilizării DRGs ca un instrument de standardizare în cadrul unui sistem de buget global, rămâne încă problema eficienţei practicii clinice. Standardizarea DRGs, ca un instrument de planificare, nu poate să atingă întregul său potenţial până când nu vom cunoaşte mai mult despre ceea ce înseamnă cu adevărat o practică clinică eficientă.

În prezent, principala interpretare în legătură cu variaţia costurilor este că o variaţie redusă în jurul costului mediu al tratării pacienţilor dintr-un anumit grup de diagnostic (DRGs) înseamnă o eficienţă crescută. Totuşi, o variaţie mică în jurul mediei nu înseamnă că sunt de preferat unele variaţii mari dacă nu cunoaştem ce este o practică clinică eficientă.

5. De ce este atractiv totuşi mecanismul DRGs?

Cei care susţin utilizarea sistemului de grupuri relaţionate prin diagnostic adesea invocă două motive. Primul este că DRGs asigură o descriere mai bună a rezultatului final al activităţii spitaliceşti, oferind astfel o mai bună reflectare a modului, în care sunt cheltuiţi banii pentru îngrijirile de sănătate.

Al doilea motiv îl constituie faptul că DRGs sunt uşor de utilizat şi uşor de înţeles. Descrierea lor poate fi interpretată şi de persoane fără pregătire medicală de

specialitate (asistente, economişti, manageri) şi, prin urmare, constituie un mijloc comun de dialog între medici şi nespecialişti. Există astfel un limbaj comun în legătură cu utilizarea resurselor.

Utilizând DRGs, putem realiza o evaluare a consecinţelor financiare ale tratării diferitor tipuri de pacienţi. Putem, de asemenea, compara nivelul de activitate prezent cu cel dorit.

Cei care iau decizii au informaţii mai bune în legătură cu relaţia dintre activitatea unui spital şi costurile sale.

În cadrul schimbărilor, care au loc în lume în managementul serviciilor de sănătate, un loc aparte îl ocupă perfecţionarea sistemelor informaţionale, care să ajute procesul de luare a deciziilor. DRGs pot îmbunătăţi procesul decizional numai dacă spitalele pot folosi sistemul în mod efectiv şi dacă se are în vedere că obiectivul final al îngrijirilor îl reprezintă îmbunătăţirea stării de sănătate.

9.4.3. CAPITAŢIA

Capitaţia este un mecanism de plată, prin care o organizaţie primeşte o sumă fixă, specificată dinainte pe fiecare perioadă de timp (de exemplu, o lună, un an) pentru fiecare individ, pentru care este răspunzătoare de satisfacerea unor nevoi de sănătate definite (de exemplu, îngrijiri primare, îngrijiri primare şi secundare). Capitaţia poate fi folosită atât pentru a finanţa organizaţia, cât şi pentru a remunera personalul din organizaţie. Suma de bani primită pentru fiecare persoană este stabilită în prealabil şi nu variază cu serviciile oferite în realitate persoanei respective în perioada de timp. În cazul capitaţiei, organizaţia sau furnizorul suportă riscuri financiare semnificative; de fapt, organizaţia devine efectiv un asigurător de sănătate. Atunci când o organizaţie este alcătuită din furnizori, ea devine deci atât asigurător, cât şi furnizor de îngrijiri de sănătate. Rata capitaţiei este determinată prin evaluarea costurilor aşteptate pentru satisfacerea nevoilor de îngrijiri de sănătate. Unii indivizi se vor îmbolnăvi grav şi vor necesita tratament, care va costa mult mai mult decât capitaţia; alţii nu se vor îmbolnăvi deloc şi nu vor necesita îngrijiri de sănătate. Capitaţia poate fi folosită eficient numai acolo unde populaţia, pentru care este responsabilă organizaţia este suficient de mare pentru a partaja riscurile de îngrijiri de sănătate eficient. Capitaţia oferă stimulente pentru a oferi îngrijiri în mod eficient tehnic şi cost-eficace şi pentru a oferi numai îngrijirile, care sunt adecvate. Ea oferă, de asemenea, stimulente pentru a furniza mai puţine servicii decât sunt necesare şi pentru „a lua caimacul" prin selectarea în îngrijire a indivizilor mai sănătoşi, ale căror costuri aşteptate sunt situate mai jos decât rata capitaţiei (o problemă, care poate fi parţial ameliorată prin calcularea ratelor de capitaţie ajustate în raport cu riscul, situaţie în care plata capitaţiei aproximează mai bine costurile aşteptate pentru fiecare individ).

9.4.4. BUGETUL GLOBAL

Bugetul global este un mecanism de plată, prin care o organizaţie, grup de furnizori sau un furnizor individual primeşte un buget total pentru o perioadă definită de timp. Bugetul global poate fi folosit numai pentru alocarea fondurilor. Bugetul global poate fi bazat pe un număr de criterii potenţiale: costuri istorice, număr de

Tabelul 62

Domeniul de utilizare şi consecinţele mecanismelor alternative de plată

Mecanismul	Folosit pentru alocarea fondurilor, remunerare sau ambele?	Principalele consecinţe
Plata per serviciu	Ambele	↑ numărul de servicii ↓ resursele utilizate pentru un serviciu * exces de tratament: prea multe servicii per persoană şi per caz
Bazat pe diagnostic	Ambele	↑ numărul de cazuri ↓ serviciile pentru un caz * luarea caimacului – atragerea de cazuri mai puţin grave * manipularea diagnosticului: clasificarea cazurilor pentru a maximiza rambursarea * tratament insuficient, prea puţine servicii furnizate
Capitaţie	Ambele	↑ numărul de persoane înscrise ↓ serviciile per persoană înscrisă ↑ serviciile preventive * luarea caimacului – atragerea de indivizi mai sănătoşi * tratament insuficient, prea puţine servicii furnizate per persoană
Salariu	Numai remunerare	↑ activitatea folosită ca bază pentru stabilirea nivelului salariului * eschivare de la efortul de muncă: prea puţine servicii sau calitate redusă
Plata pentru timpul lucrat (rar la medici)	Numai remunerare	↑ numărul de ore lucrate ↓ activităţile folosite ca bază pentru stabilirea nivelului plăţii * eschivare de la efortul de muncă: prea puţine servicii sau calitate redusă
Buget global	Doar alocarea fondurilor	↑ orice unităţi folosite pentru a determina şi justifica bugetul * eschivare pe orice dimensiune, care nu foloseşte la justificarea bugetului

servicii furnizate, numărul şi tipul de episoade de îngrijiri (în trecutul recent sau aşteptate în viitorul apropiat), populaţia deservită etc. Un buget global, de exemplu, poate fi suma simplă a capitaţiilor pentru toţi indivizii, pentru care organizaţia acceptă să fie responsabilă. În acest sens, unele din mecanismele de plată discutate mai sus pot fi folosite pentru a crea un buget global. Atunci când sunt stabilite în mod prospectiv, bugetele globale sunt eficiente în limitarea costurilor şi în acelaşi timp oferă organizaţiei finanţate libertate considerabilă în utilizarea fondurilor.

Această libertate este pierdută atunci când bugetul global este construit din sume predeterminate alocate unor anumite categorii de cheltuieli sau „linii de cheltuieli". Un asemenea buget restricţionează capacitatea organizaţiei de alocare a fondurilor între diferite resurse sau între programe.

9.4.5. SALARIUL

Salariul este un mecanism de plată, în care un profesionist de sănătate primeşte o sumă de bani specificată în prealabil, pentru a duce la îndeplinire anumite responsabilităţi specificate pentru o organizaţie, de obicei fiind disponibil pentru a furniza îngrijiri de sănătate la anumite momente în timp (şi locuri). El poate fi folosit numai pentru remunerare. Stimulentele sale sunt neutre în ceea ce priveşte furnizarea unor anumite tipuri de servicii insuficiente sau peste necesar unui pacient şi pentru furnizarea de anumite servicii. Deoarece plata se bazează pe îndeplinirea minimă a responsabilităţilor (pentru a-şi menţine postul), unii susţin că acest mecanism creează stimulente pentru reducerea eforturilor în timpul muncii.

9.4.6. PLATA DUPĂ TIMPUL LUCRAT

Plata după timpul lucrat este un mecanism de plată, prin care un furnizor primeşte o anumită sumă de bani pentru fiecare oră de lucru pentru organizaţie. Ea poate fi folosită numai pentru remunerare. Deşi, de regulă, plata pe oră este stabilită în prealabil, plata totală depinde de numărul de ore lucrate. Stimulentele sunt similare cu cele ale salariului, cu excepţia faptului că plata este mai mult legată de timpul petrecut la lucru.

Principalele consecinţe ale diferitor mecanisme de plată

Diferite mecanisme de plată creează diverse stimulente pentru comportamentul celor, care sunt plătiţi. *Tabelul 62* rezumă câteva dintre constatările referitoare la răspunsul furnizorului la stimulente induse de mecanismele de plată, precum şi principalele probleme, care trebuie avute în vedere atunci când se folosesc anumite mecanisme.

PLANIFICAREA SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII

10.1. PLANIFICAREA SANITARĂ

Planificare științifică înseamnă organizarea planificată a procesului de producție „pentru asigurarea prosperității și dezvoltării libere și multilaterale a tuturor membrilor societății". Știința planificării elaborează metodele de cercetare ale necesităților societății și a utilizării raționale a resurselor materiale, de muncă și financiare în scopul satisfacerii acestor necesități, precum și evidența realizărilor științifice și tehnice.

Proporționalitate înseamnă stabilirea corespunderii cantitative între părțile unui întreg. Valoarea proporționalității crește odată cu dezvoltarea diviziunii muncii. Dezvoltarea producției în orice societate este posibilă numai în condițiile unor proporții anumite. Proporțiile economiei generale cuprind economia națională în plan general. Cele mai importante sunt relațiile dintre producție și consum, fondul de compensare și venitul național, consum și acumulare, producerea mijloacelor de producție și producerea articolelor de consum, industrie și agricultură, producție și construcții, producție și transport, creșterea productivității muncii și salariu, capacitatea de a cumpăra și fondurile de mărfuri etc.

La baza planificării se află cunoașterea și utilizarea conștiincioasă a legilor economice. Utilizarea conștiincioasă a legilor economice e bazată pe evidența intereselor naționale și personale ale societății.

***Planificarea** constituie o serie de operațiuni de stabilire, execuție și de evaluare a îndeplinirii obiectivului în scopul ameliorării unei situații în viitor.* Esența metodei constă în a hotărî, înainte de a executa, atât ce – cu ce – cum și în ce termen, cât și întreaga suită de operațiuni necesare pentru a se realiza scopul. *Documentul ce conține datele, operațiile și activitățile ce se anticipează se numește* **plan**. El însumează totalitatea prevederilor de dezvoltare concretizate în sarcini și obiective ce trebuie înfăptuite într-o perioadă de timp, precum și mijloacele de realizare a acestora, constituind un cadru coordonat și echilibrat. Planul servește ca instrument principal în conducerea și executarea activităților proiectate, precum și în aprecierea îndeplinirii acestora.

Prin stabilirea anticipată a principalelor ameliorări în sănătatea populației în raport cu resursele colectivității și execuția acestor prevederi pentru asigurarea viitorului, planificarea reprezintă o metodă ce permite de a lucra cu un scop și a nu lucra „în derivă", zi de zi. Planificarea este, în același timp, un proces ce permite schimbări pentru obținerea de ameliorări, este o activitate multidisciplinară ce se desfășoară sistematic pentru realizarea obiectivului stabilit.

10.2. NECESITATEA ŞI IMPORTANŢA PLANIFICĂRII SERVICIILOR MEDICALE

Obiectivele planificării sanitare ţin de satisfacerea nevoilor în dezvoltarea social-economică şi în programul general de dezvoltare a colectivităţii.

Multitudinea şi marea diversitate a nevoilor de sănătate ale populaţiei nu se pot rezolva numai de către sectorul sanitar, pentru că resursele necesare aparţin colectivităţii, iar realizarea profilaxiei primare şi asigurarea bazei materiale pentru asistenţa medicală aparţin celorlalte sectoare social-economice (industrie, construcţii, agricultură, educaţie etc.), care – la rândul lor – au propriile nevoi şi rate de dezvoltare. Situaţia este dificilă în teritoriile unde serviciile medicale aparţin diferitor sectoare; în asemenea situaţii pentru satisfacerea nevoilor de sănătate, mereu în creştere, trebuie să se apeleze la alte soluţii şi tactici. În plan general, dată fiind condiţionarea sănătăţii populaţiei de factori social-economici, planificarea sanitară pentru realizarea unei sănătăţi mai bune nu se referă strict numai la îngrijirile medicale. Realizarea sau dezvoltarea numai a acestora asigură refacerea sănătăţii la un număr de persoane, dar nu realizează ameliorarea sănătăţii colectivităţii. Câmpul de preocupări începe de la factorii generali către cei medicali, adică de la acţiunile ce promovează şi întăresc sănătatea (conceptul şi condiţiile de viaţă, ce depind de celelalte sectoare social-economice) spre cele care realizează apărarea şi refacerea sănătăţii (care vizează în cea mai mare parte serviciile medicale). Ca urmare, în funcţie de faptul cui aparţin factorii şi resursele, în planificarea unei sănătăţi mai bune participă conducerea colectivităţii, ce dirijează şi antrenează întregul sistem social-economic, fiecare sector social-economic şi organizaţiile de masă, precum şi serviciile medicale.

În cadrul sistemului general social-economic al colectivităţii, ca şi în interiorul subsistemului sanitar, nici o componentă a acestora nu-şi poate planifica şi realiza o dezvoltare cu mult peste limitele subsistemului din care face parte şi ale sistemului general. Întâi, deoarece nu poate avea resursele necesare datorită dependenţei de resurse, apoi – chiar dacă s-ar realiza ar duce la o dizarmonie, dacă nu la un dezechilibru, în propriul sistem sau şi în sistemul general, lăsând alte componente cu puţine resurse sau fără ele. Specialiştii din serviciile medicale trebuie să ţină seama de imperativul interdependenţei obiectivelor lor cu cele ale altor sectoare, de faptul că, în ultimă instanţă, realizarea solicitărilor depinde nu numai de fondurile băneşti, ci şi de posibilităţile sectoarelor ce execută solicitările (clădiri, aparate, instrumente, medicamente etc.). Dacă în faza de propuneri a planului sanitar s-ar însuma toate obiectivele cerute, s-ar ajunge la un sector sanitar nu în expansiune, ci în explozie. Un astfel de sector sanitar, desprins de mănunchiul general, n-ar avea nici un sens. Acelaşi imperativ al coerenţei este valabil şi pentru componentele propriului sistem sanitar: nu se pot dezvolta prea mult numai spitalizările sau numai depistările bolii în populaţie ori numai dotarea cu aparatură etc., pentru că celorlalte componente nu le-ar rămâne resurse să funcţioneze pe baza materială existentă; după cum, în consumarea fondurilor băneşti planificate, nu se pot cheltui toate fondurile bugetare într-un singur trimestru, întrucât pentru restul anului unitatea medicală ar rămâne fără mijloace financiare. Datorită aceluiaşi imperativ al coerenţei, planificarea sanitară e posibilă numai în situaţia când toate celelalte componente ale sistemului

general lucrează pe bază de plan. Mai mult decât atât: cu cât se înaintează de la eşalonul medical de bază (dispensarul medical) spre eşaloanele superioare (spitale judeţene, instituţii medicale de specialitate) şi către vârful piramidei sistemului organizatoric sanitar, cu atât creşte câmpul dependenţei de celelalte sectoare ale sistemului general social-economic.

Pe lângă rolul de a căuta soluţii de asigurare a unui echilibru, şi în primul rând între componentele propriului sistem (intrasectorial), din cauza resurselor limitate – planificarea sanitară are şi rolul dificil de a selecţiona priorităţile şi a face renunţări, pentru că rezolvarea în aceeaşi perioadă de timp a tuturor problemelor de sănătate a populaţiei nu e posibilă, iar abordarea dintr-o dată a tuturor problemelor de sănătate ar duce la pulverizarea resurselor şi implicit la nici o problemă rezolvată. În acelaşi proces al planificării – de stabilire şi executare a planului – pe lângă previziune şi dirijare, intervin şi celelalte funcţii ale conducerii – de organizare şi control. La rândul ei, planificarea este o parte din procesul de decizie, unde componentele deciziei, ce au soluţii apropiate, sunt în competiţie. În asemenea cazuri rolul planificării este de a practica intervenţii selective într-un sistem mobil şi complex, oferind elementele necesare pentru a se asigura un viitor mai bun, pentru armonizarea componentelor sistemului sau pentru opţiuni în care latura umanitară faţă de cea financiară a obiectivului are prioritate.

Ca urmare, necesitatea de a planifica şi importanţa planificării decurg tocmai din diversitatea situaţiilor, nevoilor şi posibilităţilor, din competiţia dintre elementele sistemului şi din diversitatea soluţiilor, a eficacităţii şi eficienţei acestora pentru a asigura continuu o sănătate mai bună. De aceea, planificarea sanitară – ca şi planificarea în general – constituie şi un mijloc de rezolvare a unor situaţii complexe, ea identificând şi reducând diferenţele dintre existent şi necesar, dintre nevoi şi resurse, operând intrasectorial şi extrasectorial, ordonând priorităţile lor şi intervenind cu adaptări la situaţii imprevizibile pe parcursul executării planului, pentru a se realiza scopul stabilit. Aşadar, planificarea sanitară – ramură adaptată pentru sistemul sanitar al disciplinei de planificare – în sinteză îşi justifică importanţa pentru că oferă elemente şi intervine în:

a) dirijarea activităţii;
b) organizarea ştiinţifică a activităţii şi acţiunilor;
c) mobilizarea şi valorificarea resurselor umane şi materiale;
d) creşterea eficacităţii şi a eficienţei;
e) introducerea programului tehnic şi ştiinţific;
f) echilibrarea şi armonizarea subsistemelor sanitare cu sistemul teritorial.

De aici reiese şi necesitatea ca personalul medical să cunoască conţinutul şi limitele planificării.

10.3. PRINCIPIILE DE BAZĂ ALE PLANIFICĂRII SANITARE

În exercitarea rolului ei, planificarea serviciilor medicale foloseşte următoarele principii:

a) al dezvoltării proporţionale a elementelor sistemului prin determinarea nevoilor şi posibilităţilor, şi prin intervenţie în elaborarea şi coordonarea armonizărilor (eşaloane medicale, specialităţi, teritorii etc.). Dimensionarea şi fundamentarea

acestora se face pe baza indicatorilor de sănătate şi morbiditate; a indicatorilor ce arată stadiul de echipare, dotare şi încadrare (servicii ambulatorii şi spitaliceşti, aparatură, cadre etc.); a celor care arată volumul lor de activitate şi gradul de utilizare (consultaţii, depistări, vaccinări, zile de spitalizare etc.), costul (pentru o depistare clinică sau de laborator, pentru o zi de spitalizare etc.) şi eficienţa (ca raport între efortul uman, material şi financiar depus şi efortul util obţinut);

b) al interdependenţei componentelor micro- şi macrosistemului – general-teritorial şi sanitar. Aşa cum s-a menţionat mai înainte, acest principiu îşi are valabilitatea atât pentru sistemul organizatoric sanitar (teritorial şi naţional), cât şi pentru sectoarele activităţii social-economice la nivelul fiecărui teritoriu şi la nivel naţional. La elaborarea planului, precum şi în realizarea lui se urmăreşte ca propunerile şi sarcinile de plan pentru obiectivul unui sector (producerea de medicamente etc.) să fie asigurate de către toate celelalte sectoare ce au activităţi cu specificul lor (materie primă, transporturi, energie etc.);

c) al continuităţii în planificare, ce constă din îmbinarea planificării curente cu cea de perspectivă, prima derivând din cealaltă şi ambele fiind necesare pentru a se realiza scopul stabilit. În acest sens, din planurile pentru perioade îndelungate ce conţin direcţiile şi obiectivele fundamentale, se extrag planurile pe perioade scurte şi planurile curente ce conţin sarcinile anuale şi trimestriale. Planurile curente concretizează obiectivele planurilor de perspectivă la nivel de macro- şi microsistem, îndeplinirea lor asigurând realizarea direcţiilor din planurile de lung termen.

Prin acest principiu al continuităţii se asigură îmbinarea obiectivelor imediate cu cele de perspectivă ale sănătăţii în general şi ale fiecărui sector în parte la nivel naţional şi teritorial.

Aşadar, teoretic şi în practică, după durata pentru care se face anticiparea şi după gradul de detaliere, planurile sanitare, ca şi în celelalte sectoare, sunt de două feluri, ele elaborându-se şi executându-se:

- *pe termen lung* (obişnuit pe 5 ani), sunt elaborate pe baza prognozelor, se mai numesc planuri de perspectivă şi conţin anunţarea scopului, obiectivelor şi resurselor necesare;
- *pe termen scurt,* se sprijină pe direcţiile planurilor de perspectivă; se numesc obişnuit planuri curente sau anuale, conţin cu atât mai multe detalii şi angajează cu atât mai multe activităţi proprii cu cât durata este mai scurtă;

d) al argumentării ştiinţifice a direcţiilor de bază ale planului, indicii căruia se sprijină pe datele ce caracterizează tendinţele morbidităţii şi necesităţile populaţiei în asistenţă medicală şi deservire curativo-profilactică;

e) al combinării planificării teritoriale şi de ramură, adică legătura organică a planurilor departamentale cu planurile unor anumite teritorii administrative. Trebuie luaţi în calcul aşa factori, ca distribuirea forţelor de producţie, caracterul aşezării locuitorilor (mai ales în sate), structura de ramură a instituţiilor serviciilor medicale şi potenţialul lor, consecutivitatea construcţiei lor etc.

10.4. METODELE ŞI FORMELE DE PLANIFICARE

În activitatea de planificare, de fundamentare a nevoilor şi de corelare a acestora cu posibilităţile de micro- şi macrosistem (unitate şi respectiv ramură, teritoriu) se folosesc în principal cinci metode:

a) metoda balanțelor – se determină proporțiile necesare dintre ramuri și subramuri și se fundamentează echilibrul necesar dezvoltării economice. Din punctul de vedere al obiectului, balanțele pot fi:

- *materiale* – ele se întocmesc pe produse (mijloace de producție, principalele bunuri de consum) și corelează resursele cu nevoile pentru fiecare produs;
- *valorice* – cum sunt: balanța produsului social, a venitului național, bugetul de venituri și cheltuieli etc.;
- *ale forței de muncă* – care coordonează resursele forței de muncă pe categorii cu utilizarea lor și cu necesitățile pentru fiecare ramură a economiei.

*b) **metoda normării*** – utilizată concomitent cu metoda balanțelor: se stabilește: consumul de materii prime, materiale etc., necesare pentru realizarea cu eficiență a activității. În sectorul sanitar există norme obligatorii (la alocația de hrană, retribuția personalului, consumul de energie, de combustibil etc.) la toate materialele de întreținere. Separat de acestea există baremuri pentru echipament și cazarmament (halate, lenjerie pentru bolnavi, cearșafuri etc.);

*c) **metoda analitică*** – folosită pentru aprecierea nivelului inițial și nivelului obținut la compararea planului cu analiza îndeplinirii lui. Cu ajutorul acestei metode se determină indicii sănătății populației, asigurarea populației cu personal medical, cu paturi de spital, se calculează indicii de volum ai asistenței medicale (% spitalizării, frecvența medie la un locuitor pe an) ș.a.;

*d) **metoda comparației*** – parte componentă a metodei analitice; cu ajutorul ei se poate determina direcția proceselor de dezvoltare, se pot aprecia diferiți indici, ca de exemplu cel al morbidității, al mortalității, adică comparând indicii în dinamică, pe parcursul câtorva ani, sau comparând indicii analogi ai diferitor teritorii administrative;

*e) **metoda economică*** – se pot demonstra științific variantele optime ale planului.

În planificarea și organizarea serviciilor medicale se folosesc, de asemenea, așa metode ca: programarea liniară, teoria deservirii în masă, metode de cercetare statistică (Monte-Carlo), modelarea matematică ș.a.

Din punctul de vedere al obiectivului urmărit, la nivelul unei unități economice (întreprinderi), planificarea îmbracă două forme: tehnico-economică și operativă.

a) Planificarea tehnico-economică cuprinde întocmirea planului de perspectivă (de regulă pe 5 ani, în care se fundamentează dezvoltarea unității, precum și căile și mijloacele de realizare a sarcinilor de plan) și a planurilor curente anuale, în care se detaliază și se precizează sarcinile din planul de perspectivă. Planificarea tehnico-economică se realizează cu ajutorul planului economico-social al unității, parte integrală a planului național unic, care reprezintă programul întregii activități tehnico-productive, financiare și sociale pe o perioadă de timp.

b) Planificarea operativă execută defalcarea și detalierea sarcinilor de plan: în teritoriu (în cadrul structurii organizatorice, de exemplu a spitalului orășenesc – pe dispensare, pentru policlinică cu serviciile sale, pe secțiile și serviciile spitalului etc.) și în timp (pe trimestre, luni).

10.5. ETAPELE PROCESULUI DE PLANIFICARE SANITARĂ

Folosirea planificării, ca metodă de conducere a serviciilor de sănătate, cere cunoştinţe, experienţă şi stăpânirea tehnicilor statistico-matematice. În plus, sunt necesare informaţii pertinente, unele special culese, despre întreg sectorul sanitar, precum şi despre celelalte sectoare social-economice din teritoriu, care ar reda ponderea fiecărui sector şi dependenţa lor în cadrul sistemului teritorial, contribuţia la problemele de sănătate şi posibilităţile de participare la rezolvarea lor. Imaginea completă a cadrului general este totdeauna necesară când hotărârile anticipează acţiunile şi resursele pentru stabilirea şi rezolvarea de obiective.

În scopul ameliorării sănătăţii populaţiei, activităţile ce se desfăşoară înainte de stabilirea obiectivului şi până la realizarea lui sunt prezente sub formă de etape ce sunt cuprinse în procesul de planificare:

I. Într-o etapă de început se analizează şi se exprimă prin indicatori situaţia stării de sănătate a colectivităţii, formulându-se problemele de sănătate ale populaţiei. În raport cu ponderea în colectivitate a fiecărei probleme (niveluri, distribuţie, gravitate, implicaţii) şi cu tendinţa acestora se stabileşte ierarhizarea lor, începând cu cele mai importante. Se ia, apoi, fiecare problemă şi se indică în dreptul ei: ce e necesar de executat şi cât se poate realiza în raport cu stadiul ştiinţific şi tehnic, în ce interval de timp se poate obţine un grad de schimbare favorabilă, ce alte sectoare nemedicale pot participa şi cu ce pot ele contribui, ce şi de câte resurse materiale şi umane au nevoie serviciile medicale şi pe câte se poate conta. Sarcina mare a planului e de a se asigura că obiectivele sunt în concordanţă cu resursele. Această etapă din procesul de planificare este laborioasă şi hotărâtoare pentru conţinutul planului.

II. Etapa următoare constă în căutarea şi elaborarea mai multor variante de rezolvare pentru fiecare problemă. Pentru stabilirea variantei optime, se apelează la tehnici de cercetare operaţională şi la cele de economie sanitară. Ele oferă elementele necesare raţionamentului şi deciziei în precizarea opţiunii sau renunţării la problemă, precum şi pentru ordonarea problemelor reţinute sub forma listei de priorităţi.

III. Având ca suport lista priorităţilor problemelor de sănătate şi continuând procesul de planificare, următoarea etapă e reprezentată de stabilirea planului. Ea conţine: formularea clară şi completă a obiectivelor şi precizarea la fiecare obiectiv a resurselor disponibile, a gradului de ameliorare şi a duratei de timp în care s-ar putea obţine, a relaţiilor cu alte unităţi medicale şi cu alte sectoare nemedicale. Aşadar, lista priorităţilor ce au resurse disponibile şi posibilităţi tehnice constituie suportul formulării obiectivelor de plan pentru o perioadă determinată.

Pentru punerea în lucru şi dirijarea îndeplinirii planului este necesară elaborarea, în această etapă, a unui program de măsuri tehnice şi organizatorice. Acesta cuprinde detalii privind responsabilităţile şi competenţele repartizate pentru executarea planului, legătura dintre compartimente, calendarul principalelor operaţii, criterii şi indicatori de evaluare a rezultatelor şi alte detalii necesare îndeplinirii planului. Cu aceste precizări făcute în programul de măsuri tehnice şi organizatorice planul este pregătit a fi pus în lucru.

IV. Următoarea etapă cuprinde activităţi ce au rolul să dirijeze şi să urmărească îndeplinirea planului. Aceste activităţi se execută de către coordonatorul general,

care posedă responsabilități și competențe să urmărească continuu și să evalueze periodic realizarea sarcinilor de plan. Coordonatorul general asigură realizarea legăturii dintre compartimente și în cadrul funcției de control – are competența să rectifice detaliile activităților de îndeplinire a planului, când apar situații ce n-au putut fi prevăzute la etapa de elaborare a planului.

V. Procesul de planificare se încheie cu bilanțul final al îndeplinirii planului. În această etapă, cu aceleași criterii anterior stabilite și practicate, se face evaluarea rezultatelor planificate, apreciindu-se ceea ce s-a obținut în raport cu ceea ce s-a stabilit anticipat: eficacitatea tuturor prevederilor planului sau a unei singure acțiuni (de ex. a introducerii vaccinării antirubeolice, a tratamentului cu o formă de penicilină a anginelor streptococice depistate etc.), avantajul unui procedeu terapeutic aplicat în acțiunea de depistare – rezolvare, beneficiul de an la creșterea duratei medii a vieții după programul de prevenire și combatere a bolilor cardiovasculare. Asemenea activități de evaluare se întreprind nu numai în finalul sau la începutul planului, ci și pe parcursul desfășurării lui, măsurând sistematic realizările obținute în raport cu obiectivele sau scopurile propuse, determinând, rectificând sau înlocuind sarcinile stabilite anticipat cu altele mai eficace, mai eficiente sau mai puțin riscante. Astfel, prin informațiile ce se obțin de la evaluare, planificarea suferă influență „în retur" pentru a-și ameliora propriul proces.

Prin ameliorarea detaliilor tehnice de analiză și de măsurare a rezultatelor, evaluarea își găsește utilitatea și intervine în toate etapele principale ale procesului de planificare și are următoarele roluri și semnificații:

– prin aprecierea anticipată a rezultatelor ajută în stabilirea opțiunilor, renunțărilor și priorităților, în măsurarea valorii diferitor variante și în alegerea celei convenabile, în formularea obiectivelor de plan și a oportunității lor; în aceste etape de început ale procesului de planificare ea are semnificația de anticipare, prospectivă, a unei evaluări apriori;

– în etapa de îndeplinire a planului, evaluarea – măsurând continuu rezultatele – are un rol dinamic de perfecționare a strategiilor de acțiune, de adaptare sau corectare a detaliilor de execuție la situațiile imprevizibile, de determinare a reanalizării situației sănătății populației, sau declanșare a căutării de noi variante convenabile; intervenția în această etapă este cea mai utilă în sensul executării obiectivului;

– în etapa finală, evaluarea determină în ce măsură au fost realizate obiectivele, dimensionează valoarea rezultatelor în raport cu volumul resurselor consumate, apreciază adecvatitatea și eficacitatea programului de măsuri tehnice și organizatorice, analizează critic întreaga activitate de pregătire și de îndeplinire a planului. În această etapă finală ea are o semnificație a posteriori; privind în urmă, ea apreciază retrospectiv toate activitățile desfășurate prin procesul de planificare pentru realizarea scopului. Retroinformarea furnizată de evaluare asigură cunoașterea a ceea ce a rămas de făcut sau ce rezultate urmează să apară în continuare.

Prin rolul și utilitatea ei, evaluarea face parte integrantă din orice proces de planificare, controlându-i rezultatele și adaptându-i continuu detaliile. În plus, la planurile de perspectivă, evaluarea ajută la stabilirea îndeplinirii și la bilanțul planului anual, încheind astfel ciclul planificării anuale și declanșând ciclul unui nou plan anual. În conducerea serviciilor medicale, planificarea devine, astfel, un proces necesar asigurării progresului.

Etape şi tehnici similare de planificare există şi când obiectivul planificării vizează numai o singură problemă de sănătate la toate vârstele (o clasă de boli, o boală) ori ameliorarea sănătăţii unui grup din populaţia teritorială. Termenul ce se foloseşte în asemenea situaţii este cel de program sanitar, cu sau fără ataşarea unui program propriu de măsuri tehnico-organizatorice, de exemplu: programul de prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare sau a cancerului, programul de apărare şi promovare a sănătăţii mintale etc., respectiv – programul de prevenire şi combatere a tuberculozei, a hipertensiunii arteriale etc. şi respectiv programul de sănătate a mamei, copilului şi tineretului, a populaţiei ocupate în producţia socială etc. sau programul de dezvoltare a bazei materiale şi de cadre medicale (superioare, medii), toate aceste programe făcând parte din planul sanitar unic pentru populaţia unui teritoriu. În aceste cazuri, procesul de planificare trebuie să ţină seama de necesitatea participării mai multor unităţi şi eşaloane medicale, de tehnicitatea şi de resursele acestora. Astfel, când se evaluează rezultatele anticipate sau finale ale unui plan global de ameliorare a sănătăţii populaţiei sau a unui program sanitar, trebuie să se ţină seama că efectele măsurilor ce se planifică apar ceva mai târziu, o evaluare finală pripită putând fi înşelătoare.

De aceea, activitatea de planificare necesită nu numai tehnicitate şi experienţă, ci şi multă negociere între planificatorii sanitari şi cei din sectoarele productive, şi între aceştia şi cei financiari. În alte situaţii sunt necesare elaborări de noi soluţii cu renunţări mai severe ori cu schimbarea termenelor. Planificatorul poate avea, deci, roluri diferite: negociator, expert în identificarea obiectivelor posibile sau soluţiilor conjuncturale. Separat de această funcţie, responsabilul de decizie alege soluţia şi strategia, iar administratorul pune în lucru şi urmăreşte îndeplinirea planului. Planificarea şi conducerea acţiunii necesită să coexiste integrat pentru că sunt operaţii legate şi oferă avantaje reciproce, dar să nu se uite că prin planificare nu se caută o soluţie ideală, ci una optimă – tehnică plus financiară, rezultată din ordonarea priorităţilor şi corelată cu resursele. După cum nu trebuie să se confunde competenţele, în timp ce planificarea e o obligaţie pentru toţi cei care au responsabilităţi de decizie, la planificator nu se ataşează competenţa de decizie, confundarea competenţelor aducând complicaţii în selectarea soluţiei.

10.6. PLANIFICAREA STRATEGICĂ ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Instituţiile medicale de succes ştiu cum să se adapteze şi cum să răspundă schimbărilor continue ale pieţei serviciilor medicale prin intermediul unei planificări strategice orientate către această piaţă.

Planificarea strategică, orientată către piaţă, reprezintă procesul managerial de stabilire şi menţinere a unei relaţii viabile între obiectivele, pregătirea angajaţilor şi resursele unei instituţii medicale, pe de o parte, şi conjunctura pieţei, pe de altă parte.

Obiectivul planificării strategice constă în permanenta adaptare a activităţilor şi a serviciilor instituţiei medicale, în scopul dezvoltării ei şi al obţinerii profiturilor propuse.

Planificarea strategică se poate defini prin trei aspecte esenţiale:

Primul aspect presupune că activităţile instituţiei medicale trebuie să fie considerate ca alcătuind portofoliul investiţional al acesteia, ea hotărând care activitate anume va fi extinsă, menţinută sau eliminată. Fiecare activitate are un potenţial de profit diferit, în funcţie de care trebuie alocate resursele instituţiei medicale.

Cel de-al doilea aspect constă în aprecierea corectă a potenţialului de profit viitor al fiecărei activităţi, prin luarea în calcul a ritmului de extindere a pieţei şi a poziţiei instituţiei medicale pe piaţă. Utilizarea ca termen de referinţă a volumului actual de servicii sau a profiturilor nu este suficientă.

Cel de-al treilea aspect esenţial al planificării strategice este cel legat de strategie. Pentru fiecare activitate în parte instituţia medicală trebuie să pună la punct un plan în vederea atingerii obiectivelor pe termen lung. Fiecare instituţie medicală trebuie să afle singură care strategie i se potriveşte cel mai bine în lumina poziţiei proprii în domeniul respectiv, precum şi a obiectivelor, ocaziilor ivite, pregătirii angajaţilor şi resurselor sale.

Pentru a înţelege mai bine ce este planificarea strategică în domeniul sănătăţii trebuie să observăm că majoritatea instituţiilor medicale mari sunt organizate în patru niveluri: *corporativ, divizionar, pe unităţi* şi *pe servicii*. La sediul central al departamentului medical are loc elaborarea unui plan strategic corporativ care să uşureze drumul organizaţiilor către un viitor profitabil. Aici se iau deciziile legate de resursele care urmează a fi alocate fiecărei divizii. De asemenea, aici se hotărăşte care din activităţi vor fi amplificate sau eliminate.

Fiecare divizie (direcţie de activitate – de exemplu: chirurgia, pediatria sau urgenţa medicală) pune la punct un plan divizionar privind alocarea de fonduri fiecărei unităţi medicale din cadrul diviziei respective. La rândul ei, fiecare unitate îşi elaborează propriul plan strategic. În sfârşit, la nivelul serviciilor medicale se elaborează un plan de marketing destinat atingerii obiectivelor pe piaţa serviciului în cauză. Toate aceste planuri sunt apoi implementate la diverse niveluri, urmărindu-se şi apreciindu-se rezultatele, şi adoptându-se soluţiile necesare.

Principala problemă cu care se confruntă instituţiile medicale în prezent este cum să se lanseze şi să se menţină în afaceri viabile, în condiţiile unei pieţe şi ale unui mediu de afaceri în permanentă schimbare. Recent firma de consultanţă Arthur D.Little a propus modelul unei instituţii de înaltă performanţă, bazat pe patru factori (*figura 34*) pe care îi vom analiza în continuare.

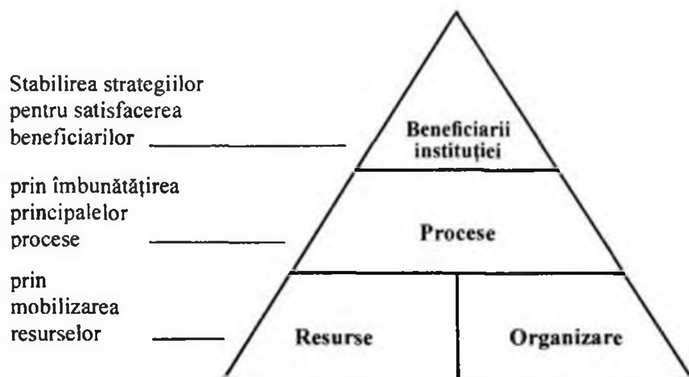


Figura 34. **Instituţie medicală de mare performanţă**

Punctul de pornire al oricărei afaceri din domeniul medicinei constă în identificarea beneficiarilor săi şi a nevoilor acestora. În mod obişnuit, majoritatea instituţiilor medicale urmăresc să satisfacă în primul rând interesele acţionarilor săi (organele publice) şi ale pacienţilor. Astăzi se admite din ce în ce mai mult faptul că dacă nu se oferă satisfacţie şi celorlalţi beneficiari – angajaţilor (în special medicilor), furnizorilor de agenţi termici, distribuitorilor de medicamente, aparataje medicale etc. – perspectiva afacerilor medicale ar putea deveni neprofitabilă. O instituţie medicală inteligentă oferă un nivel ridicat de satisfacţie în primul rând angajaţilor săi, motivându-i să se perfecţioneze şi să caute soluţii noi, originale pentru problemele instituţiei. Ca rezultat vor apare servicii medicale de calitate superioară, care vor contribui la creşterea gradului de satisfacere a pacienţilor şi, implicit, la extinderea şi creşterea profiturilor, spre satisfacţia acţionarilor (*figura 35*).

Atingerea unor anumite niveluri de satisfacţie nu poate fi realizată decât prin organizarea şi conducerea proceselor de muncă. În general, activitatea unei instituţii medicale se desfăşoară în cadrul unor secţii de profil. Acest tip de structură organizatorică ridică, însă, unele probleme. De regulă, secţiile specializate acţionează în direcţia maximizării propriilor obiective, care pot să nu coincidă cu obiectivele instituţiei medicale. Din această cauză ritmul de lucru scade, proiectele suferă modificări pe măsură ce sunt transmise dintr-o secţie în alta.

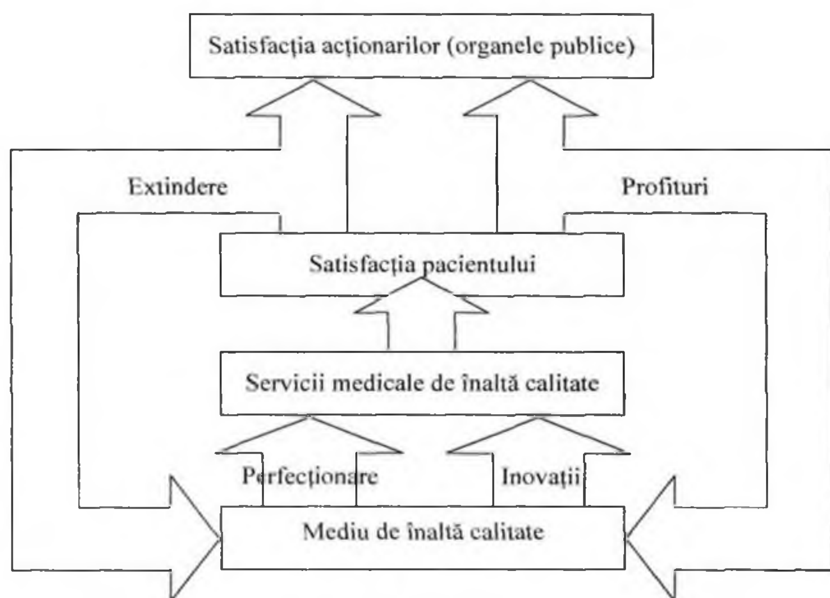


Figura 35. **Relaţiile dinamice existente între grupurile de beneficiari ai unei instituţii de înaltă performanţă**

În prezent instituţiile medicale acordă o atenţie sporită organizării şi conducerii proceselor, şi mai puţin secţiilor de profil. Există tendinţa de a constitui echipe multifuncţionale, care s-ar ocupa de organizarea şi desfăşurarea proceselor medicale. Viitorul aparţine acelora care vor da dovadă de o capacitate superioară de organizare a proceselor structurale ale unei activităţi medicale.

Pentru buna desfăşurare a proceselor instituţia medicală are nevoie de resurse – forţe de muncă, echipamente, alimente, medicamente, informaţii etc. Aceste resurse pot fi achiziţionate, concesionate sau închiriate. S-a constatat că unele resurse aflate sub controlul instituţiilor medicale nu sunt la fel de bine valorificare ca şi cele pe care le-ar putea atrage din afara lor. Unele resurse externe pot fi obţinute cu costuri mai mici. Din ce în ce mai multe instituţii medicale se orientează către surse externe, când este vorba de resurse de importanţă secundară, preferând să păstreze controlul asupra resurselor şi capacităţilor structurale, întrucât acestea stau la baza planificării strategice a viitoarelor activităţi şi servicii medicale.

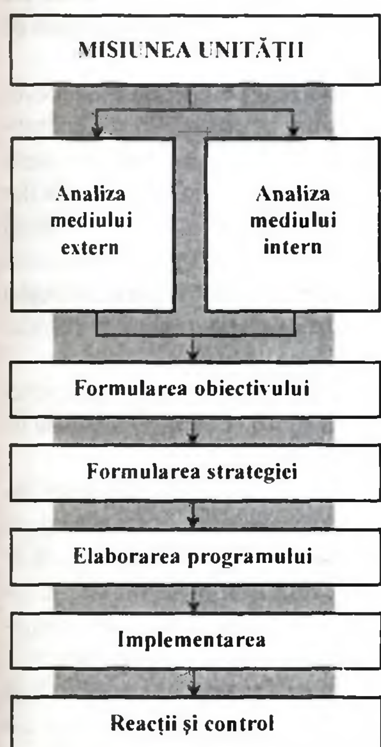


Figura 36. **Procesul de planificare strategică la nivelul unităţii**

Latura organizatorică a unei instituţii medicale cuprinde structura, politica şi cultura sa, elemente ce tind să creeze disfuncţionalităţi într-un mediu care se găseşte în continuă evoluţie. În timp ce structura funcţională şi politică admit modificări, cultura unei instituţii medicale este elementul cel mai greu, dar şi cel mai important de schimbat. Aceasta presupune un efort considerabil din partea administraţiei. Crearea unei echipe conştient angajate în realizarea obiectivelor şi care manifestă interes faţă de valorile comune este cheia succesului într-o activitate medicală. Procesul de planificare strategică la nivelul instituţiilor medicale constă din 8 etape redate în *figura 36.*

Instituţia medicală trebuie să-şi definească misiunea specifică în cadrul mai larg al misiunii organizaţiei medicale din care face parte. De exemplu, Centrul Medicilor de Familie trebuie să-şi definească mai clar misiunea sa în corespundere cu capacităţile, segmentele de piaţă, poziţia verticală şi geografică pe care o ocupă. De asemenea, el trebuie să-şi definească obiectivele şi politica specifică într-un plan separat.

Misiunea instituţiilor medicale ţine de acordarea serviciilor medicale populaţiei pe diferite niveluri şi nu pe realizarea altor activităţi (spre exemplu, comercializarea produselor farmaceutice).

Directorul unei instituţii medicale trebuie să cunoască la toate etapele de timp care elemente ale mediului extern trebuie să fie luate în considerare pentru a atinge obiectivele propuse. În general, o instituţie medicală trebuie să urmărească principalele forţe ale macromediului (demografic, economic, politic, social, cultural) şi componentele micromediului (pacienţii, concurenţii, furnizorii etc.), care pot influenţa capacitatea de a obţine profituri. Instituţia medicală trebuie să dispună de un serviciu de marketing, care să urmărească principalele tendinţe şi evoluţii ale mediului extern.

Pentru fiecare din aceste componente conducerea instituţiei medicale trebuie să identifice ocaziile şi ameninţările care apar.

Ocazia de piaţă reprezintă un segment de piaţă caracterizat printr-o anumită nevoie, pe care instituţia medicală o poate desfăşura ca o activitate profitabilă. De exemplu, implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate reprezintă o ocazie de piaţă pentru instituţiile medicale.

Ameninţarea este o piedică apărută ca urmare a unei tendinţe sau a unei evoluţii nefavorabile a mediului, care, în absenţa unei acţiuni ofensive din partea instituţiei, ar duce la deteriorarea capacităţilor de producere a serviciilor medicale sau a profiturilor (de exemplu, lipsa posibilităţilor de pregătire profesională a medicilor pentru a desfăşura servicii specifice sau de înaltă performanţă). O *activitate ideală* se caracterizează prin ocazii majore şi ameninţări minore; o *activitate speculativă* presupune atât ocazii, cât şi ameninţări majore; o *activitate matură* prezintă ocazii şi ameninţări scăzute, iar o *activitate neechilibrată* are ocazii puţine şi ameninţări majore.

Analiza mediului intern include evaluarea periodică a punctelor tari şi a punctelor slabe ale instituţiei medicale. Acest lucru poate fi realizat, completându-se un formular similar celui reprezentat în *tabelul 63.*

Conducerea instituţiei medicale sau un consultant extern analizează toate capacităţile acesteia, fiecare element fiind apreciat ca reprezentând o forţă majoră, o forţă minoră, un factor neutru, o slăbiciune minoră sau o slăbiciune majoră. O instituţie medicală puternică va avea toţi factorii apreciaţi ca forţe majore. Conform rezultatelor obţinute prin însumarea pe verticală a aprecierilor se vor identifica punctele tari şi punctele slabe ale activităţii analizate. Analiza punctelor tari şi slabe ale unei instituţii medicale nu implică automat nici faptul că aceasta trebuie să-şi corecteze toate slăbiciunile, dar nici că trebuie să-şi facă un titlu de glorie din toate punctele tari pe care le posedă.

După definirea misiunii şi analiza mediului extern şi intern se va trece la stabilirea obiectivelor pentru perioada planificată. Cele mai multe instituţii medicale urmăresc un singur obiectiv, cum ar fi ameliorarea sănătăţii populaţiei, dar altele îşi fixează un grup de obiective, de exemplu creşterea profiturilor, creşterea cotei de piaţă, inovarea, reputaţia etc.

Pentru ca sistemul de realizare să fie funcţional, obiectivele trebuie să fie ierarhizabile, măsurabile, realiste şi compatibile.

Obiectivele definesc ceea ce vrea să realizeze o instituţie medicală, iar strategia îi arată acesteia calea pe care trebuie să o urmeze pentru a atinge obiectivele propuse.

Deşi există o multitudine de strategii posibile, vom analiza modelul propus de specialiştii planificării strategice, care le-au încadrat pe toate sub trei tipuri generice:

1. Strategia celor mai mici preţuri la serviciile medicale. Activitatea instituţiei este îndreptată spre obţinerea celor mai mici preţuri la servicii, astfel încât preţurile la serviciile medicale să fie sub cele ale concurenţei şi să câştige o cotă cât mai mare de piaţă. Instituţiile medicale care aplică această strategie trebuie să deţină tehnologii medicale avansate, angajaţi bine pregătiţi şi un potenţial logistic ridicat.

Formular-model de analiză a punctelor tari și slabe ale unei instituții medicale

	APRECIERI					IMPORTANȚĂ		
	Forță majoră	**Forță minoră**	**Neutru**	**Slăbiciune minoră**	**Slăbiciune majoră**	**Ridicată**	**Medie**	**Joasă**
Capacitatea economică								
– reputația instituției	....	....	....	....	....	....	....	....
– cota de piață	....	....	....	....	....	....	....	....
– calitatea serviciilor	....	....	....	....	....	....	....	....
– eficiența politicii de preț	....	....	....	....	....	....	....	....
– eficiența distribuției	....	....	....	....	....	....	....	....
– eficiența promovării	....	....	....	....	....	....	....	....
– eficiența inovației	....	....	....	....	....	....	....	....
– acoperirea cererii la nivel geografic	....	....	....	....	....	....	....	....
Capacitatea financiară								
– costul/disponibilitatea capitalului	....	....	....	....	....	....	....	....
– fluxul de numerar	....	....	....	....	....	....	....	....
– stabilitatea financiară	....	....	....	....	....	....	....	....
Capacitatea productivă								
– mijloacele	....	....	....	....	....	....	....	....
– economiile de scară	....	....	....	....	....	....	....	....
– forța de muncă calificată	....	....	....	....	....	....	....	....
– capacitatea de a deservi conform graficului	....	....	....	....	....	....	....	....
– aptitudinile tehnice	....	....	....	....	....	....	....	....
Capacitatea organizatorică								
– conducerea vizionară	....	....	....	....	....	....	....	....
– salariații implicați	....	....	....	....	....	....	....	....
– capacitatea de orientare	....	....	....	....	....	....	....	....
– organizarea flexibilă/dinamică	....	....	....	....	....	....	....	....

2. Strategia de diferențiere. Instituția medicală se concentrează asupra obținerii unor performanțe superioare în ceea ce privește o serie de avantaje oferite pacienților, apreciate de o mare parte din ei. Instituția poate încerca să obțină poziția de lider în domeniul prestării serviciilor, al calității, al tehnologiei etc., însă îi va fi aproape imposibil să fie prima în toate aceste domenii concomitent. Ea trebuie să îmbunătățească acele puncte tari care îi oferă avantaje în deservirea pacienților. De exemplu, instituția care urmărește să devină lider în privința calității trebuie să achiziționeze cele mai bune medicamente și aparataje în vederea realizării celor mai bune rezultate de tratament al bolnavilor.

*3. **Strategia de concentrare.*** În acest caz instituția medicală se concentrează asupra unuia sau mai multor segmente înguste ale pieței serviciilor medicale și nu pe piețe mari. Cunoscând nevoile specifice acestor segmente, instituția medicală poate opta apoi pentru una din strategiile prezentate anterior.

Instituțiile medicale care nu vor aplica o strategie bine definită vor avea de pierdut odată cu apariția concurenței. În plus, aplicarea celei mai eficiente strategii presupune adeseori găsirea unor parteneri strategici în vederea satisfacerii cererii de servicii medicale a consumatorilor.

După stabilirea strategiei, instituția medicală trebuie să elaboreze programele care vor sprijini linia de acțiune aleasă. Astfel, dacă instituția medicală și-a fixat ca obiectiv obținerea supremației în domeniul tehnologiilor medicale, ea trebuie să deruleze programe menite să întărească compartimentul de cercetare – dezvoltare, să atragă profesioniști abili, să creeze servicii de vârf, să elaboreze programe de promoție care să pună în evidență rolul său de lider în acest domeniu.

Implementarea strategiei

Uneori este posibil ca o strategie bine definită și programele care o sprijină să nu fie suficiente, instituția medicală respectivă eșuând în punerea lor în practică.

Pentru reușita implementării unui program strategic este important ca angajații respectivei instituții medicale să împărtășească *același mod de comportare și gândire*, adică să realizeze același stil în activități. Al doilea element – *aptitudinile* – presupune faptul ca angajații să posede aptitudinile necesare îndeplinirii strategiei instituției medicale. *Valorile comune* se referă la faptul că angajații se conduc în activitatea lor după aceleași valori și tind spre aceleași scopuri. Atunci când sunt prezente toate aceste elemente, instituțiile au mai mult succes în implementarea programelor lor strategice.

Pe măsura implementării strategiei, instituția medicală trebuie să evalueze rezultatele și să urmărească evoluția mediului în care operează. Unele medii sunt destul de stabile, altele evoluează lent într-un mod relativ previzibil, în timp ce altele se modifică rapid și imprevizibil. Un singur lucru este cert – la un anumit moment mediul se va schimba. Când va avea loc acest lucru instituția medicală va fi nevoită să-și revizuiască programele, strategia și chiar obiectivele. Instituțiile și organizațiile cu capacitate de adaptare supraveghează în permanență mediul și încearcă să păstreze o legătură viabilă cu evoluția acestuia, operând după principiile planificării strategice.

BAZELE TEORETICE ALE MARKETINGULUI

11.1. NOŢIUNI GENERALE

Marketingul reprezintă un ansamblu coerent de activităţi, metode şi tehnici, având drept scop cunoaşterea cerinţelor materiale şi spirituale ale societăţii/consumatorului, organizarea şi desfăşurarea proceselor economice şi sociale în mediul satisfacerii la timp, calitativ şi eficient a acestor cerinţe.

Noţiunea de marketing provine de la verbul „to market", care înseamnă „a cumpăra/a vinde".

Acest termen, în domeniul ştiinţei corespunde mai multor accesiuni: o disciplină, o activitate practică, o funcţie a întreprinderii etc.

Concepţia contemporană de marketing are o perioadă de dezvoltare neîndelungată. Marketingul a apărut la începutul secolului al XX-lea, ca parte componentă a dirijării, atunci, când a apărut concurenţa în producere, care se manifesta mai acut în ţările cu economie dezvoltată. Economiştii americani subliniau că în această perioadă problema de bază a producătorilor de mărfuri şi servicii era analiza şi organizarea desfacerilor. Atunci marketingul se ocupa doar cu realizarea mărfurilor. In universităţile din SUA în cursul de marketing se abordau în special problemele de ordin organizatoric ale desfacerilor, vânzărilor şi reclamei.

Figura 37. **Dezvoltarea economiei SUA şi evoluţia sistemului de afaceri**

La structurizarea evoluţiei marketingului s-a constatat că această ştiinţă, în realitate, reflectă în dinamică procesul dezvoltării economice a ţărilor dezvoltate, care au parcurs în evoluţia lor trei stadii: *extractivă, comercializare, producere* (*figura 37*).

Ultima din ele dezvăluie mai amplu apariţia marketingului şi include trei faze (*figura 38*):

a) *Orientarea spre producere* (din a. 1850 până la începutul a. 1930). In activitatea companiilor predomina proiectarea, producerea sau asamblarea produselor şi serviciilor destinate vânzării. Se acorda atenţie preponderent propriilor sarcini de producţie, ignorându-se cerinţele beneficiarilor.

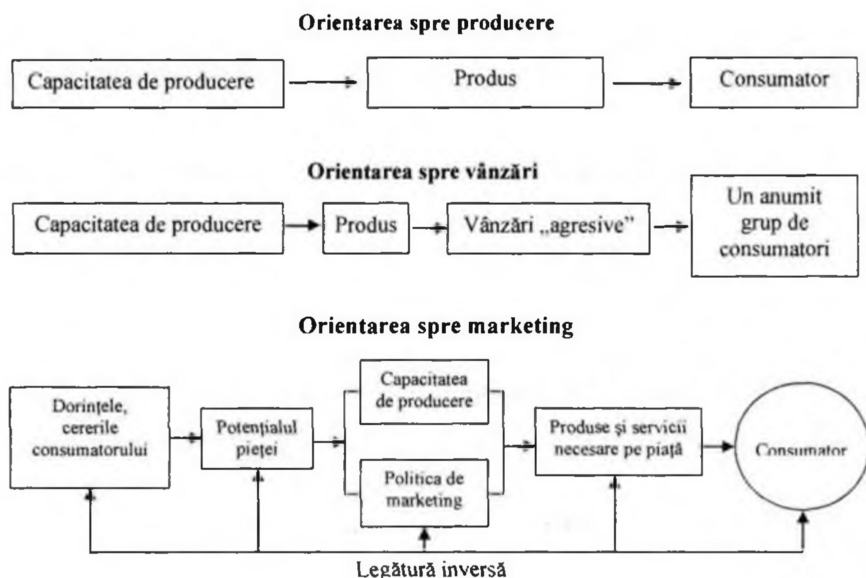


Figura 38. **Fazele apariției marketingului**

b) *Orientarea spre vânzări* (orientarea spre vânzare, 1930–1949). Criza din 1929–1933 a diminuat cheltuielile consumatorilor şi a adus la o stare de supraproducţie, imposibilă de absorbit de către pieţele de desfacere. Acest fapt a condus la deplasarea accentului de la producere spre vânzare şi promovare. În acest context au crescut cheltuielile pentru reclamă şi promovare. A apărut un sistem economic caracterizat prin aşa-numita „vânzare în mod dur" pentru a scăpa de supraproducţie. Accentul pe vânzare şi promovare a persistat până la începutul celui de-al doilea Război Mondial.

c) *Orientarea spre marketing* (din anul 1950, continuă şi astăzi) a început atunci, când întreprinderile erau preocupate de identificarea unor modalităţi de a-şi satisface, în mai mare măsură, clienţii. Căutările lor au adus la ideea generală de marketing, pe care o cunoaştem astăzi. Companiile mai înaintate ale SUA, însuşind conceptul de marketing, au început să-i implementeze activ practicile. Cea mai mare influenţă în acest domeniu, în lumea afacerilor şi industriilor, a avut-o compania „General Electric". În anul 1952, preşedintele acestei companii a ţinut un discurs în care a menţionat termenul de „concept de marketing" şi, explicând ideile de bază ale acestuia, a propus ca marketingul să devină o funcţie importantă la nivelul întreprinderilor.

Să nu confundăm noţiunea „Vânzări" cu cea de „Marketing" (*figura 39*).

Diferenţe de bază între vânzări şi marketing.

- Marketingul anticipează cererea clienţilor şi creează servicii noi de la zero, dar nu răspunde de vânzarea serviciilor existente şi neîntrebate pe piaţă.
- Activitatea marketing – efort strategic investiţional de lungă durată a întregii întreprinderi.
- Activitatea vânzări – efort direct tactic de obţinere a unui venit de scurtă durată.
- Diferenţa de bază: marketingul = „ceea ce doreşte clientul noi îi putem produce"; vânzările (sales) = „noi producem, deci cumpăraţi de la noi..."

Orientarea spre vânzări	Orientarea spre marketing
este cea care urmărește creșterea prin orice mijloace a vânzărilor, și, astfel, a profiturilor. Aceasta se realizează, mai ales, ca urmare a creșterii cantitative a volumului produselor și serviciilor obținute de întreprindere.	urmărește crearea acelor produse care au la bază nevoile, dorințele și cerințele consumatorului, creșterea profiturilor fiind legată direct de creșterea gradului de satisfacere a consumatorilor.

Figura 39. **Aspectele distinctive ale noțiunilor „vânzare" și „marketing".**

Premisa care a stat la baza apariției marketingului a constituit-o dinamismul economico-social, ce caracterizează economia americană din perioada respectivă, dinamism imprimat de revoluția tehnico-științifică. Progresul tehnic a generat schimbări rapide în sortimentul și calitatea produselor și serviciilor. Modificări profunde s-au produs și în sfera consumului. Cerințele consumatorilor au devenit mai nuanțate și mai dinamice. În același timp, accentuarea specializării, a diviziunii sociale și internaționale a muncii, integrarea pieței naționale în sistemul pieței internaționale au accentuat procesul separării producției de consum. Ansamblul mutațiilor din sfera producției și consumului au sporit posibilitatea dezacordului, a nesincronizării lor în volum, structură și timp. Ca urmare, companiile au început să caute soluții pentru racordarea lor la dinamica mediului, considerând oportună asimilarea orientării de marketing.

11.2. FUNCȚIILE MARKETINGULUI

Marketingul reprezintă un instrument pentru adoptarea deciziilor de către conducerea întreprinderilor cu scopul orientării întregului proces de producție spre necesitățile pieței. Integrarea tuturor activităților de marketing sub o singură conducere și prioritatea obiectivelor de marketing în cadrul celorlalte obiective reprezintă generalizarea opticii de marketing în întreaga întreprindere. Condiția succesului unei acțiuni de marketing este acceptarea conceptului de marketing de către toate sectoarele întreprinderii. Prin urmare, marketingul devine un sistem deschis și dinamic de conducere și organizare a întreprinderii.

Obligațiile marketingului în cadrul unei întreprinderi:

Clasificarea 4P a lui Dj. Makkarti (figura 40):

- 1 P (product – produs) – Crearea unui produs sau serviciu cerut pe piață.
- 2 P (pricing – tarificare) – Crearea unui tarif bazat pe cheltuielile induse, concurențial și interesant pentru utilizatorul final.
- 3 P (promoție & publicitate) – Publicitatea și promovarea produsului.
- 4 P (place – distribuția) – Asigurarea canalelor de distribuție a produselor sau serviciilor oferite.

Scopul final al marketingului – să creeze un produs atractiv ca preț și calitate, disponibil în cât mai multe puncte de vânzări.

Astfel, în interacțiunea sa cu conducerea întreprinderii economice, marketingul, prin studierea permanentă a pieței, analiza și sinteza datelor, joacă un rol important în luarea de decizii cu caracter practic în prosperarea unității economice respective.

Important: toţi cei 4 se realizează pentru ***CONSUMATOR***

Figura 40. **Clasificarea 4P a lui Dj. Makkarti**

Analiza sistemului de marketing, ca o componentă a sistemului întreprinderii, ne permite reflectarea principiilor variabile ce caracterizează dimensiunea întreprinderii, metodele şi tehnicile de conducere utilizate, dimensiunile pieţei actuale şi potenţiale, resursele de producţie ale întreprinderii, profilul industrial şi comercial al ei. Exercitarea funcţiilor marketingului este determinată în final de aceste variabile.

Criteriile principale ce caracterizează conceptul de marketing sunt:

1. ***Considerarea consumatorului ca elementul principal*** care trebuie să fie permanent în centrul atenţiei pentru dezvoltarea şi prosperarea unei întreprinderi producătoare de mărfuri şi servicii.

2. ***Programul general*** constituie obiectul de bază al activităţii întreprinderii, având în subordonarea sa toate celelalte programe axate pe principalele compartimente funcţionale.

3. ***Elaborarea unei strategii şi politici de marketing*** bazate pe realitatea concretă, prezentă şi viitoare, de pe piaţă şi care ar permite întreprinderii să-şi îndeplinească în condiţii de eficienţă optimă planul de realizări.

4. ***Cercetarea pieţei*** şi cunoaşterea permanentă a situaţiei actuale şi a tendinţelor de viitor ale acesteia sub toate aspectele (calitate, cantitate, preţ, ambalaj, politică comercială, concurenţă etc.) constituie un instrument activ în elaborarea deciziilor.

Din analiza acestor criterii rezultă **funcţiile marketingului:**

– *Funcţia de cercetare (funcţia-premisă).*

Cercetarea de marketing nu trebuie confundată cu cercetarea (studiul) pieţei. Prima noţiune are un spectru mai larg şi o include şi pe cea de-a doua. Cercetarea de marketing constituie un instrument folosit în scopul luării de decizii referitoare la diversele direcţii de acţiune ale marketingului – produs, preţ, distribuţie, promovare. Cercetarea de marketing a pieţei începe cu mult înaintea fabricării produsului şi continuă până în momentul intrării sale în consum şi chiar după aceea. Ea intră în acţiune încă de la fundamentarea deciziei de investiţie pentru construirea unei

instalații sau elaborarea unui program de servicii medicale, determinând premisele de vânzare ale produsului – instalației sau serviciului, continuă cu investigarea folosirii celor mai adecvate canale de distribuție și celor mai eficiente metode de promovare, urmărind ca, chiar după vânzarea produsului, să asigure consumatorului o gamă cât mai completă de servicii, spre a-i asigura o satisfacție cât mai deplină în utilizarea produsului respectiv. Prin contribuția sa la oferirea unor produse corespunzătoare cerințelor pieței, cercetarea de marketing are un rol important, atât prin eficiența activității producătorului, cât și prin satisfacerea mai deplină a necesităților consumatorului. Cercetarea de marketing a pieței are un rol esențial în fundamentarea deciziilor de marketing și prin aceasta – în însăși conducerea activității întreprinderii.

– *Funcția comercială.*

Funcția comercială trebuie privită ca o funcție globală la nivelul întreprinderii. În vechea concepție comercială, toate eforturile întreprinderii, în special activitatea de vânzare, de popularizare și publicitate, erau îndreptate spre sprijinirea vânzării a tot ce producea întreprinderea. Funcția comercială a marketingului implică un întreg sistem de decizii în relațiile dintre întreprindere și piață. Ea are scopul să dea indicații pentru ceea ce poate să vândă întreprinderea, cum și cât, prin identificarea cerințelor nesatisfăcute ale consumatorilor și prin coordonarea tuturor funcțiilor privind direct sau indirect pe consumatori, producând, totodată, beneficii întreprinderii.

– *Funcția de strategie generală a întreprinderii (funcția-mijloc).*

Strategia operează ca o verigă de legătură între problemele pe care le are de rezolvat o întreprindere și posibilitățile de care dispune. Funcția de strategie generală a întreprinderii este un proces continuu de planificare a dezvoltării întreprinderii. Strategiile nu trebuie să fie generale și vagi, ci specifice, menționând concret căile folosite pentru atingerea obiectivelor. Fazele acțiunii programate, prioritare și termenele de execuție trebuie să fie concretizate pentru fiecare dintre obiectivele specifice din plan.

– *Funcția de satisfacere (funcția-obiectiv).*

Ea cuprinde măsurile ce vizează producerea mărfurilor într-o gamă largă care să satisfacă cele mai ridicate exigențe ale consumatorilor din punctul de vedere al calității, sortimentului, prețului și cantității, în condiții de existență a unor servicii de informare și comerciale adecvate.

– *Funcția de creștere a eficienței economice.*

Ea se referă la găsirea unui volum optim al resurselor ce concurează la producerea și desfacerea produselor, marketingul furnizând elementele de fundamentare a deciziilor atât sub aspect informativ, cât și concret prin strategiile recomandate.

Sistemul de marketing

După cum s-a menționat, marketingul este privit ca un sistem de conducere și organizare a întreprinderilor economice, un sistem deschis, dinamic, în continuă funcționare. Conceptul sistemului de marketing al unei întreprinderi este considerat ca un ansamblu al organismelor importante și strâns legate între ele, care formează și influențează relațiile pe care le întreține o întreprindere cu piața. Un sistem de marketing modern cuprinde mai multe organisme suplimentare care joacă un rol

determinant şi care modifică operaţiile întreprinderii. Acestea sunt furnizorii, concurenţii, intermediarii şi acţiunile mediului în care evoluează întreprinderea.

În noua viziune privind natura şi conducerea întreprinderii economice, proprietăţile marketingului se referă la legăturile sale cu toate celelalte funcţii ale întreprinderii, el devenind un subsistem al acestuia. De aici derivă principalele sale atribute, din care se desprinde, în primul rând, cunoaşterea permanentă a pieţei, analiza rapidă, integrarea eficientă a datelor, elaborarea unor tehnici şi strategii care să se regăsească în programul de marketing şi, în final, în actul de luare a deciziei.

Clasificarea marketingului

Există o mulţime de clasificări ale marketingului, în funcţie de nivelul de organizare, de domeniul specializării, de profilul activităţii etc.

De exemplu, din punctul de vedere al nivelului de organizare marketingul se clasifică în:

- Micromarketing ;
- Macromarketing din punctul de vedere al profilului activităţii economice;
- Marketing industrial şi al serviciilor ;
- Marketing al bunurilor de consum;
- Marketing al mijloacelor de producţie;
- Marketing în domeniul agriculturii;
- Marketing în domeniul medicinei;
- Marketing ecologic;
- Marketing administrativ;
- Marketing educaţional;
- Marketing religios;
- Marketing bancar etc.

11.3. MEDIUL DE MARKETING

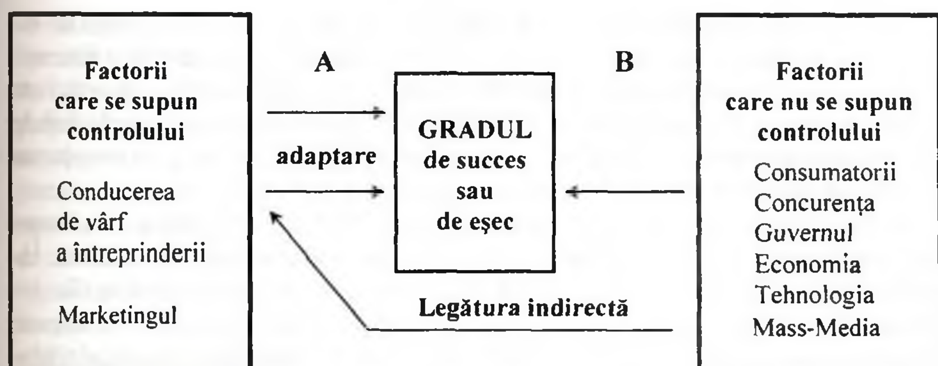
11.3.1. CONŢINUTUL ŞI ROLUL MEDIULUI DE MARKETING

Mediul în cadrul căruia se desfăşoară marketingul include 5 componente interactive (figura 41):

1) factori care se supun controlului;
2) factori care nu se supun controlului;
3) gradul de succes/eşec în atingerea scopului;
4) legătura indirectă;
5) adaptarea.

Toate acestea mai pot fi grupate, formând alte trei categorii, aflate într-o permanentă intercondiţionare: ***mediul intern, mediul extern şi mediul de legătură sau de relaţii***. Fiecare include o serie de variabile specifice.

Caracteristica esenţială a mediului de marketing al întreprinderii constă în caracterul său deosebit de dinamic. Factorii de mediu nu acţionează izolat asupra întreprinderii, ci simultan şi conjugat, în interdependenţa lor. Efectul cumulat al modificărilor componentelor mediului se reflectă în schimbarea stării economice, adică într-o anumită conjunctură. Pe fondul acestei conjuncturi generale se formea-



A – propunerile conducerii
B – acţiunea factorilor care nu se supun controlului

Figura 41. **Mediul în cadrul căruia funcţionează marketingul**

ză şi se manifestă o anumită conjunctură a pieţei. Întreprinderea resimte prompt toate modificările mediului extern prin impactul pe care îl are asupra ei piaţa în care se înscrie, adică prin mediul său de legătură. În funcţie de intensificarea schimbărilor pe care le cunoaşte, mediul de marketing poate fi:

– stabil, specific perioadelor de „linişte", de evoluţii lente şi previzibile;
– instabil; caracterizat prin modificări rapide în majoritatea componentelor sale;
– turbulent, în sensul că mutaţiile sunt bruşte, în forme şi direcţii imprevizibile.

Confruntarea întreprinderilor cu un mediu dinamic, rareori liniar, implică nevoia supravegherii sale atente şi permanente. Aceasta apare ca o condiţie esenţială pentru elaborarea unor obiective, strategii şi tactici de marketing adecvate. De aceea, evaluarea cât mai corectă a evoluţiei mediului determină, în mare parte, întreaga activitate de marketing şi performanţele întreprinderii. În supravegherea evoluţiei mediului se utilizează personalul secţiilor de marketing ale întreprinderii ori alt personal în funcţie de mărimea cheltuielilor folosite în cercetările de marketing. Cunoscând starea mediului la un moment dat, modul său de evoluţie şi tendinţele ce ar putea să apară, se elaborează măsuri de adaptare la aceste posibile schimbări.

11.3.2. MEDIUL INTERN AL MARKETINGULUI

Mediul intern al întreprinderii reprezintă ansamblul condiţiilor, activităţilor şi relaţiilor proprii acesteia. El formează cadrul ce trebuie adaptat cerinţelor mediului extern şi, totodată, sistemul care aplică şi verifică orientările şi schimbările impuse de activităţile de marketing. Factorii mediului intern sunt *factorii controlaţi de conducerea de vârf şi de serviciul de marketing.*

Factorii dirijaţi de conducerea de vârf.

Conducerea întreprinderii adoptă o mulţime de decizii, însă pentru marketologi principale sunt : sfera de activitate, scopurile comune, rolul marketingului, alte acţiuni de afaceri şi cultură corporativă. Aceste decizii acţionează la toate aspectele de marketing.

Noţiunea *sferă de activitate* include : categorii generale produs/serviciu, funcţii, teritorii de activitate, forma de proprietate şi activitatea concretă a companiei. Conducerea companiei (întreprinderii) hotărăşte şi alege sfera de activitate.

Scopul general reprezintă sarcinile înaintate de către conducere, gradul de îndeplinire a cărora poate fi determinat numeric. Aceasta dă posibilitate de a determina succesul sau eşecul firmei. La general, conducerea planifică indicii de activitate pentru un interval de timp scurt. Secţia de marketing care se supune conducerii de vârf planifică activitatea pe o perspectivă mai îndelungată – în final, recunoaşterea şi cucerirea consumatorului, generarea şi crearea clienţilor noi.

Conducerea determină *rolul marketingului*, subliniază importanţa lui, înaintează funcţiile necesare, îl aranjează în ritm cu activitatea generală a firmei. Însemnătatea marketingului este evidentă, atunci când are vot determinativ. Conducătorul marketingului, după poziţia sa, se egalează cu conducerea firmei şi dispune de resursele corespunzătoare (nivel de vice-director). Marketingul nu prezintă însemnătate mare pentru firma care oferă personalului secţiei de marketing statut de consultant, egalează marketingul cu activitatea secţiilor mai puţin importante. O apreciere mai joasă are marketingul în activitatea firmei atunci, când este folosit numai în momente de criză. Cu cât e mai apreciat marketingul, cu atât e mai mare probabilitatea, că întreprinderea are o integrare organizată de marketing şi invers, cu cât marketingul e mai puţin apreciat, cu atât e mai mare probabilitatea că firma realizează activitatea de marketing în baza sarcinilor periodice, fragmentare, la moment de criză.

Rolul altor funcţii de afaceri şi interacţiunea lor cu marketingul trebuie să fie strict reglementate, pentru a omite cazurile de paralelism şi situaţii de conflict.

De asemenea este importantă menţinerea şi promovarea *culturii corporative*. Această noţiune include un sistem de valori, norme şi reguli de activitate, transmis colaboratorilor, care sunt datori să le respecte. Este vorba de tradiţiile elaborate şi păstrate de mulţi ani şi care fac personalul să pună pe prim plan interesele colective.

Factorii determinanţi ai marketingului sunt: alegerea pieţei de desfacere, scopurile marketingului, organizarea marketingului, structura marketingului, controlul şi dirijarea serviciului (*figura 42*).

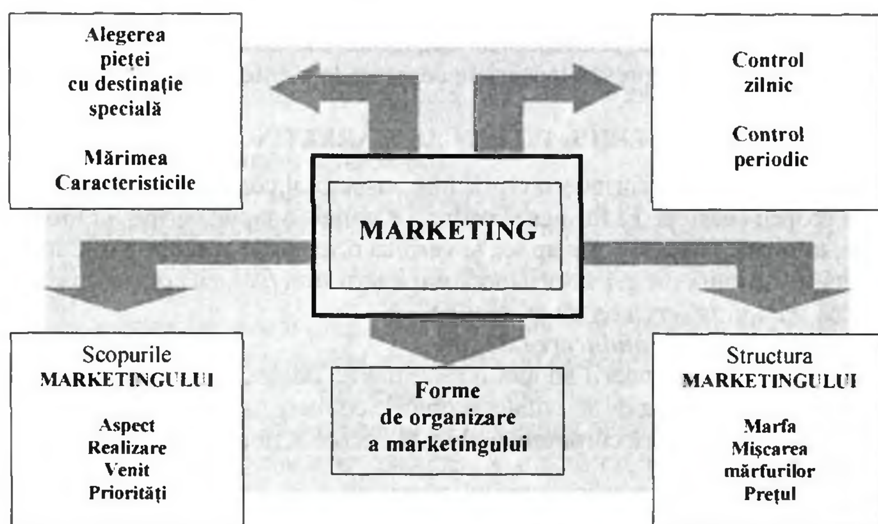


Figura 42. **Factorii determinanţi ai marketingului**

Alegerea pieței de desfaceri (un anumit grup de consumatori) include două operații legate cu dimensiunile și caracteristicile ei. Poate fi selectată o piață foarte mare (practicând marketing în masă) ori o părticică a ei (folosind segmentarea pieței). În primul caz se elaborează un plan-marketing general, în al doilea – el se adaptează la un anumit grup de oameni. Este necesar, de asemenea, de a găsi particularitățile concrete ale consumatorilor (componența după vârstă, sex, situația materială, factorii nocivi, grupe de risc, gradul de sănătate) și de a îndrepta planul de marketing spre acest grup de oameni.

Scopurile marketingului în mai mare măsură sunt îndreptate spre consumator decât scopurile puse de conducerea de vârf. Drept exemplu putem lua cazul când serviciul de marketing studiază chipul (marca comercială) întreprinderii, mărfurile, serviciile care s-au întipărit în memoria consumatorilor și solicită aceste servicii de repetate ori. Promovarea mărfurilor/serviciilor, în acest caz, se reflectă doar prin simpatia față de produsele acestei întreprinderi. Principalul este că marketingul tinde să inventeze trăsături unicale ale mărfurilor/serviciilor întreprinderii, ca particularitățile lor să impună consumatorii să prefere numai această firmă și nu cele concurente.

Organizarea marketingului este o structură organizațională la nivelul întreprinderii în cadrul căreia fiecare angajat, indiferent de locul său de muncă, atribuții, nivelul de pregătire etc., are posibilitatea și datoria de a acționa pe baza unei concepții de marketing, anterior elaborată și însușită.

Organizarea poate fi:

- funcțională, când responsabilitatea se repartizează în raport de aprovizionare, realizare, promovare etc.;
- orientată spre marfă/serviciu, atunci când sunt responsabili pentru fiecare gen de activitate (marfă/serviciu);
- orientată spre piață, când după principiul funcțional sau după tipurile de grup ale consumatorilor sunt numiți responsabili pe piețele regionale.

În serviciul de marketing activează specialiști de diverse profesiuni: ingineri, sociologi, economiști, medici etc.

În sistemul de sănătate, la etapa actuală, specialiștii în marketing pot fi medici-specialiști în marketing cu specializare în sănătatea publică.

Structura marketingului reprezintă o îmbinare a elementelor marketingului pentru atingerea scopurilor puse și asigurarea pieței cu mărfuri/servicii. Structura include patru elemente de bază: marfă/serviciu, promovare, repartizare/realizare și prețuri. Marketingul trebuie să aleagă cele mai adecvate îmbinări ale acestor elemente pentru firmă. Pentru aceasta se iau o serie de decizii.

Deciziile referitoare la marfă sau serviciu – se decide ce trebuie să fie introdus pe piață, nivelul calității, volumul livrării, gradul inovațiilor depuse de întreprindere, volumul și termenele de cercetări pentru ameliorarea produselor.

Deciziile referitoare la livrări – includ alegerea modului de livrare (livrarea serviciilor medicale prin intermediul angajaților de asigurare sau direct prin casele spitalicești); care condiții de realizare pot fi negociate; alegerea furnizorilor; studierea concurenților.

Deciziile privind promovarea mărfurilor/serviciilor – includ alegerea instrumentelor, pârghiilor (reclama, livrări personale, stimularea livrărilor); determină

modul de activitate, aparte ori cu ajutorul altor agenţi economici; alegerea metodelor de apreciere a eficacităţii; evaluarea nivelului de deservire a consumatorului; alegerea mijloacelor de informare în masă, volumul şi formele de reclamă.

Deciziile referitoare la preţuri – includ determinarea nivelului general al preţului (înalt, mediu, jos); diapazonul preţului (de la cele mai joase până la cele mai înalte); interacţiunea preţului şi calităţii; gradul de însemnătate a factorilor de preţ; reacţia la preţurile concurenţilor; formele de plată stabilite la moment (în numerar, prin transfer).

Principalul în elaborarea criteriilor de marketing este integritatea. Marketingul îşi pune o serie de întrebări: Interacţionează eficient elementele de marketing între ele? Se foloseşte oare fiecare element în modul cel mai raţional? Este piaţa bine segmentată? Este oare marfa/serviciul bine protejat de concurenţă? etc.

Ultimul, şi cel mai important factor, cu care operează marketingul, este legat de control şi dirijare: controlul şi analiza activităţii în întregime, precum şi a fiecărei subdiviziuni luate în parte. Permanent se studiază mediul extern şi se fac corecţiile necesare.

11.3.3. MEDIUL EXTERN AL MARKETINGULUI

Factorii nesupuşi controlului sunt aceia care au acţiune directă asupra activităţii firmei şi care nu pot fi dirijaţi în direct de conducere şi de serviciul de marketing. De menţionat, că orice plan, chiar şi cel mai chibzuit, poate fi uşor respins din cauza acţiunii negative a factorilor mediului extern care nu se supun controlului. De aceea, permanent trebuie urmărit mediul extern şi luată în considerare acţiunea lui. Mai mult ca atât, o latură importantă a planului de marketing este pregătirea unor

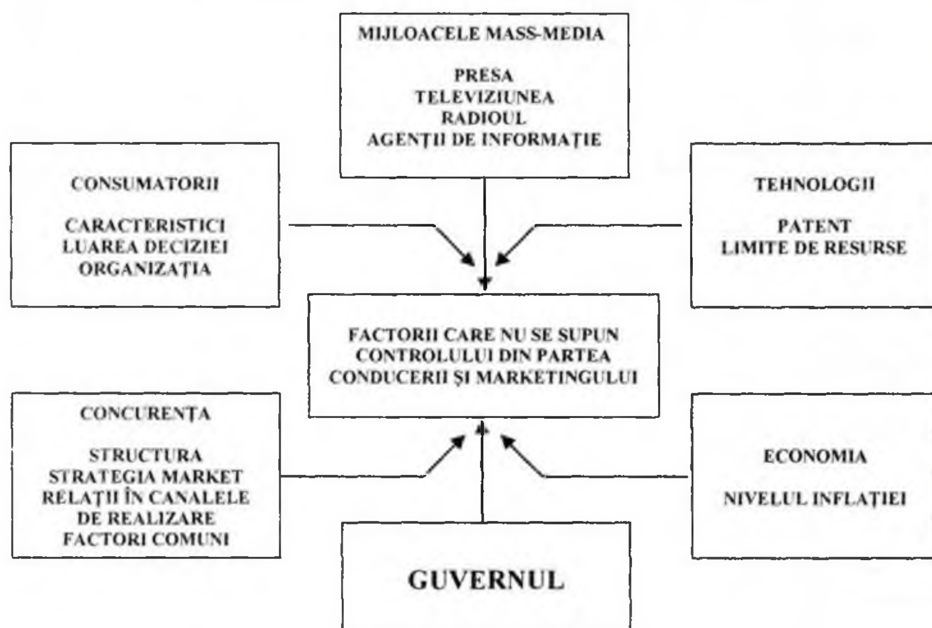


Figura 43. **Factorii nesupuşi controlului**

acţiuni, unor reţete pentru diverse cazuri neprevăzute. Factorii care nu se supun controlului sunt: consumatorii, concurenţa, guvernul, economia, tehnologia şi organele de informare în masă (*figura 43*).

Consumatorii.

Cu toate că serviciul de marketing determină selectarea pieţei, el nu poate ţine sub control caracteristicile. Firma poate numai să reacţioneze (dar nu să controleze), la aşa caracteristici cum sunt starea familială, vârsta, veniturile, profesia, studiile şi altele, care pot acţiona asupra activităţii ei. De exemplu, întreprinderea care produce produse alimentare pentru copii poate să elaboreze noi reţete, noi forme de produse, dar ea nu poate opri scăderea natalităţii. Pentru a supravieţui în acest caz, este nevoie de a diversifica activitatea în direcţia producerii altor mărfuri/servicii, care sunt aproape de direcţia aleasă, tehnologia şi infrastructura formată.

Specialiştii în marketing trebuie să înţeleagă ce influenţează asupra preferinţelor consumatorului. Cumpărăturile făcute de consumator sunt influenţate de familie, prieteni, nivelul de cultură, studii, religie, diverse deprinderi şi alţi factori care formează cultura şi societatea. Drept exemplu putem lua cazul când populaţia din India refuză să fie vaccinată împotriva variolei. Motivul era folosirea vacilor în procesul tehnologic de preparare a vaccinului. Aici constatăm cum religia influenţează cumpărarea serviciilor medicale de către consumator.

Procurând mărfuri şi servicii consumatorii se comportă diferit. Specialistul în marketing trebuie să înţeleagă care este procesul luării deciziei de către consumator, care sunt etapele prin care el trece. Când vine timpul mesei, indiferent în ce localitate suntem, ne apropiem de cea mai apropiată unitate de alimentaţie publică pentru a ne potoli foamea. Cu totul alte etape trecem pentru a decide procurarea unui apartament, automobil, mobilei. Mai întâi studiem informaţia în cauză, stabilim câteva variante, ne consultăm cu apropiaţii noştri, selectăm varianta potrivită, ducem tratative şi doar după toate acestea procurăm obiectul dorit.

Asociaţiile consumatorilor şi asociaţiile profesionale.

În ţările cu economie dezvoltată consumatorii se întrunesc în comun pentru a-şi apăra drepturile de consumator, în activitatea lor ei folosesc toate metodele posibile, care se reduc la informarea despre producătorul mărfurilor/serviciilor, distribuirea şi nivelul de calitate a acestora. Pentru a evita influenţa negativă a mărfurilor, marketingul trebuie să ţină legături strânse cu consumatorii pentru a prevedea problemele posibile şi a acţiona urgent la plângeri. Numai aşa se poate păstra imaginea firmei la nivelul cuvenit.

Concurenţa.

Concurenţa în mare măsură influenţează asupra strategiei de marketing şi asupra succesului cuceririi pieţei. De aceea structura concurenţei necesită o analiză profundă. În funcţie de numărul de firme, care activează în acelaşi domeniu, posibilitatea (uşurinţa) de a intra pe piaţă şi diversitatea mărfurilor/serviciilor pe această piaţă, deosebim patru forme de concurenţă:

1. *Concurenţa în situaţie de monopol.* Această formă se întâlneşte atunci când există un singur ofertant aflat în faţa unei multitudini de solicitanţi, un singur solicitant în faţa unei mulţimi de ofertanţi sau un singur ofertant în faţa unui singur solicitant. Aceasta are loc atunci, când firma posedă patent (drept exclusiv la o anu-

mită perioadă de timp). Monopolistul în sectorul privat este disponibil totalmente să țină sub control planul său de marketing datorită serviciului/mărfii sale unicale. Desigur, scopul principal al serviciului de marketing în acest caz este menținerea acestei excepții și stoparea pătrunderii pe piață a altor firme. Când termenul patentului expiră, concurența crește. Apare posibilitatea altor firme de a pătrunde pe această piață.

2. *Concurența oligopolistă*, când pe piață se confruntă un mic număr de vânzători, astfel încât acțiunile unuia dintre ei au o influență semnificativă asupra concurenților. Aici activează câteva firme, firme mari, cărora le revine partea de bază a realizărilor. Deoarece numărul de firme este mic, ele ușor pot să-și țină sub control planurile de marketing. Pătrunderea pe piață a altor firme este puțin posibilă, deoarece aceasta necesită mari cheltuieli.

3. *Concurența simplă*, atunci când există în același timp un mare număr de firme aflate în fața a numeroși cumpărători și o diferențiere a produselor. Firmele noi pot ușor să pătrundă pe piață, deoarece cheltuielile de start sunt destul de mici. Pentru un succes continuu este necesar permanent de a revedea strategia și de a păstra particularitățile deosebite.

4. *Concurența pură*, caz ipotetic și de comparație, când există un număr mare de participanți, de mărimi și puteri comparabile, astfel încât nici unul nu este în măsură să exercite o acțiune semnificativă pe piață, când toate produsele sunt omogene, piața este perfect transparentă, iar factorii de producție perfect mobili. În condițiile concurenței pure sunt imposibile prioritățile deosebite, deoarece prețurile și mărfurile/serviciile sunt la fel.

Exemplu de concurență pură pot servi: piața de mărfuri și servicii în alimentația publică; punctele farmaceutice; serviciile personalului medical în medicina primară; medicina de familie etc.

După determinarea caracteristicilor structurii pieței, e necesar de a aprecia strategia de marketing a concurenților. În particular, firma trebuie să constate: care piețe teritoriale sunt saturate și care nu; planurile de marketing și piețele de desfaceri ale concurenților; prioritățile deosebite ale concurenților; nivelul de satisfacere a consumatorilor, nivelul de deservire și calitatea propusă de concurenți. De asemenea, firma trebuie să studieze relațiile reciproce în canalele de realizare.

În colectivele „mature" se stabilesc relații dintre producător, realizatori și consumatori, care deseori se cotează mai mult ca materia primă ori utilajul.

Guvernul.

O influență colosală are guvernul asupra îndeplinirii planurilor trasate de conducerea de vârf și serviciul de marketing. Legile și politica formată în activitatea de toate zilele a țării se răsfrâng asupra fiecărui agent economic în parte.

Pentru a demonstra acțiunea guvernului asupra serviciului de marketing ne vom referi la dezvoltarea afacerilor și legislației în SUA, și în special la legislația care determină și controlează activitatea oamenilor de afaceri. La începutul secolului al XX-lea legile erau îndreptate spre protejarea bussinesului mic față de companiile mari. Legile se refereau la lupta cu acțiunile necinstite în practica producției și comerțului. În anii '60-70 legislația era îndreptată spre protejarea consumatorului în caz de afaceri necinstite și periculoase din partea antreprenorilor. La sfârșitul anilor '70 – începutul anilor '80 se observă o reducere a limitării activităților de

afaceri. Apare o încredere în această cohortă de oameni. Imaginea e mai presus de toate. Onorarea impozitelor devine o necesitate pentru fiecare.

Legislaţia se reduce la nivel de federaţie şi organele de conducere locală. Fiecare stat îşi formează mediul juridic propriu, care reglează activitatea oamenilor de afaceri, stimulează apariţia firmelor noi.

Economia.

Perspectiva de dezvoltare a economiei are o însemnătate primordială pentru marketing. Dacă perspectiva este satisfăcătoare, producătorii au tendinţa de a mări cheltuielile şi invers. O serie de cheltuieli ale activităţii de afacere se găsesc în afara firmei: preţurile la materia primă, nivelul de salarizare înaintat de sindicate, costul utilajului şi arenda spaţiului de serviciu. Dacă cheltuielile cresc semnificativ, scade elasticitatea marketingului, ceea ce poate impune micşorarea venitului. Când cheltuielile sunt stabile, marketologii dispun de mari posibilităţi de a diferenţia propunerile lor şi a lărgi gama de realizare.

Când are loc creşterea cheltuielilor, peste tot se recurge la creşterea preţurilor, apare inflaţia; preţurile unor mărfuri şi servicii depăşesc posibilităţile multor consumatori şi ei sunt nevoiţi să schimbe structura, formele şi metodele de cumpărare. Condiţiile economice se oglindesc direct sau indirect în conjunctura pieţei: volumul şi structura ofertei, nivelul veniturilor băneşti ale populaţiei, nivelul concurenţei, nivelul preţurilor etc.

Tehnologia.

Tehnologia constituie totalitatea condiţiilor care explică „cum" se obţin bunurile necesare societăţii. Influenţa tehnologiei se exprimă prin numărul de invenţii şi inovaţii, volumul şi orientarea investiţiilor pentru cercetare, dezvoltare, numărul produselor noi etc. Condiţiile tehnologice modifică capacitatea şi structura producţiei, dar şi structura consumului, condiţiile pieţei, raportul de concurenţă, cultura şi stilul de viaţă al oamenilor.

Atingerea scopului, legăturile indirecte şi adaptarea.

Nivelul succesului/eşecului întreprinderii în atingerea scopului depinde de faptul pe cât de bine sunt dirijaţi factorii supuşi controlului şi pe cât de bine este luată în considerare acţiunea factorilor nesupuşi controlului, care pot acţiona asupra planurilor de marketing, căci anume interacţiunea dintre propunerea firmei şi mediul extern, care nu se supune controlului, determină succesul ori insuccesul firmei.

Pentru a ameliora activitatea de marketing şi a-şi asigura existenţa de lungă durată, întreprinderea trebuie să dispună de legături indirecte (informaţie despre mediul extern, activitatea întreprinderii şi eficacitatea planurilor de marketing). Pentru aceasta ea trebuie să determine gradul de satisfacere a consumatorului, să studieze tendinţele concurenţei, să aprecieze relaţiile reciproce cu organele de conducere, să urmărească starea economiei ţării, să studieze informaţia mass-media, să analizeze realizarea şi veniturile în dinamică, să ducă tratative cu potenţialii realizatori de mărfuri şi servicii şi să folosească suplimentar alte metode de obţinere şi apreciere a informaţiei.

În baza acestor informaţii firma trebuie să adopte strategia şi atitudinea sa faţă de mediu, prelungind totodată să-şi folosească priorităţile de care dispune.

ARTA NEGOCIERILOR ÎN ACTIVITATEA MEDICILOR MANAGERI

12.1. DEFINIȚII. ETAPELE NEGOCIERII

Negocierea este o realitate a vieții. A negocia înseamnă a trata încheierea unei convenții economice, politice, culturale, comerciale etc. Toți negociem câte ceva în fiecare zi. Oamenii negociază chiar şi atunci când nu-şi închipuie că o fac. Negociază medicul cu pacientul, medicii manageri cu Ministerul Sănătății şi cu CNAM, cavalerul cu domnişoara, Republica Moldova cu Transnistria, partidele politice, parlamentarii între ei etc. Negocierea este o cale fundamentală prin care obținem ceea ce dorim de la alții.

Negocierea este un proces competitiv, desfăşurat cel puțin între doi parteneri, care îşi propun drept scop să realizeze, prin convorbiri paşnice, armonizarea progresivă a intereselor şi pozițiilor lor în legătură cu o anumită problemă comercială, de cooperare, tarifară etc. şi consemnarea soluției convenite pe această cale, după un anumit procedeu, printr-un acord, un tratat, o convenție, un contract etc. cu valoare juridică.

Prin termenul *artă* înțelegem capacitățile individuale ale fiecărui negociator, ca elemente distincte de regulile, regulamentele şi legile ce guvernează negocierile.

Aceste capacități noi le desfăşurăm pe parcursul întregului proces de negociere, care poate fi împărțit în 6 etape:

1. Pregătirea negocierii sau crearea terenului.
2. Elaborarea strategiei de negociere.
3. Începerea negocierii.
4. Clarificarea pozițiilor celor două părți.
5. Negocierea efectivă.
6. Încheierea procesului de negociere.

12.2. PREGĂTIREA NEGOCIERII SAU CREAREA TERENULUI PENTRU NEGOCIERI

În negocieri, ca şi în multe alte activități, este vital să înțelegem: „dacă nu ştim încotro mergem, este foarte probabil să ajungem într-un alt loc". În această perioadă, negociatorul trebuie să vâneze informațiile, să ştie să citească printre rânduri în corespondență, să vorbească şi cu alți colegi interesați în negociere, fiecare aducând pe cât posibil ceva nou. El va fi sub presiune în încercarea de a-şi forma o părere corectă despre „Ceilalți" şi un mod de acțiune coerent într-o perioadă mică de timp şi sub o masă imensă de informații. Această etapă corespunde etapei „furtunii

creierului", scopul căreia constă în obţinerea ideilor pe care le avem despre subiect şi despre partenerii de negociere. La această etapă stabilim: scopul, programul şi durata întâlnirii.

De asemenea, este necesar de a determina modalitatea de organizare: va negocia o singură persoană sau va negocia o echipă. Aceasta depinde nu numai de doleanţa proprie, ci şi de intenţiile partenerului. Din punct de vedere psihologic, se negociază mai eficient atunci când părţile sunt reprezentate adecvat, sub aspect numeric.

Dacă s-a decis că la negociere va participa o echipă, atunci este necesar de a repartiza obligaţiile şi de a stabili rolurile coechiperilor. La selectarea echipei se iau în considerare nu numai calităţile profesionale ale colaboratorilor, ci şi personalitatea, cât şi compatibilitatea persoanelor selectate pentru negociere. Fiecare participant trebuie să ştie ce are de făcut, care-i sunt responsabilităţile, ce materiale trebuie să pregătească, când să intervină (pot fi şi persoane de urmărire). Până şi amplasarea persoanelor implicate în negocieri la masa tratativelor se preconizează din timp.

La această etapă stabilim următoarele obiective:

– ***Obiectivul-țintă*** – reprezintă valoarea rezultatului pe care un negociator ar dori, în mod ideal, să îl obţină în cursul negocierii. Studiile în acest domeniu au arătat că cu cât ţinta stabilită este mai înaltă, dar realistă, cu atât cresc şansele de a obţine mai mult dintr-o negociere.

– ***Oferta de deschidere*** – preţul sau condiţiile cu care îşi începe fiecare negociator discursul, care trebuie să fie peste valoarea punctului-ţintă.

– ***Spațiul de negociere*** – reprezintă paleta de rezultate care se situează între ofertele de deschidere ale negociatorilor.

– ***Alternativa Cea mai Bună a Acordului Negociat*** *(strategia ACBAN)* – cel mai bun lucru de făcut, dacă nu ajungi la o înțelegere, cu alte cuvinte sunt *variantele ce le avem pregătite în cazul când nu putem obţine ţinta.* Alternativele sunt utile pentru că oferă negociatorului puterea de a părăsi masa tratativelor atunci când se prevede un rezultat nu prea bun. Cu cât alternativa pe care o are un negociator este mai bună, cu atât puterea sa în negociere este mai mare. Pentru aceasta este nevoie ca alternativele să fie căutate, îmbunătățite şi apoi să fie selectată cea mai bună dintre ele. Pe cât de important este pentru un negociator să îşi cunoască propriile alternative, tot atât de important este să cunoască alternativele celui cu care negociază. În acest fel evaluăm în mod realist ce putem obţine din negociere. ACBAN nu este numai un model mai bun, ci are şi avantajul flexibilităţii care permite explorarea unei varietăţi de soluţii ingenioase. Cu cât ACBAN este mai bine pusă la punct, cu atât suntem mai puternici.

– ***Spațiul pentru concesii*** – este partea de rezultate care se situează între oferta de deschidere şi ACBAN-ul nostru. Este important ca acest „spațiu de manevră" să fie suficient de mare.

– ***Zona de acord potențial*** – partea de rezultate cu care ambele părţi ar putea fi de acord şi se situează între ACBAN-ul nostru şi ACBAN-ul lor.

Dacă negocierile sunt iniţiate de noi, este necesar să pregătim şi mediul, adică vom analiza ceea ce se întâmplă în camera destinată negocierilor, care va trebui să aibă facilităţile obişnuite: lumină, o bună sonorizare, aer suficient, protecţie împo-

triva zgomotelor. O atenţie deosebită se va acorda conţinutului şi aranjamentului camerei. Este nevoie de o masă rotundă şi nu doar forma mesei este importantă, ci şi dimensiunea ei. Este necesar ca distanţa dintre participanţii la negociere să fie convenabilă. Dacă este prea mică, atunci atmosfera devine închisă, iar dacă distanţa este prea mare, atunci negociatorii se aud slab şi discuţia devine academică.

12.3. ELABORAREA STRATEGIEI DE NEGOCIERE

Pitagora a spus: *„Întotdeauna alegi calea cea mai bună, indiferent cât de dificilă ar fi. Obişnuinţa o va face uşoară şi plăcută".*

În cadrul multiplelor negocieri ne confruntăm cu dilema de alegere a căii de negociere – *conciliantă* sau *dură*. Negociatorul conciliant vrea să evite conflictele personale şi, astfel, face bucuros concesii pentru a ajunge la o înţelegere. El vrea ca deciziile să fie luate pe cale paşnică, totuşi, nu rareori, la sfârşitul unei astfel de negocieri se simte nedreptăţit şi înrăit. Negociatorul inflexibil vede orice situaţie ca pe o luptă a voinţelor, în care cel ce se situează pe poziţii extreme şi rezistă mai mult va câştiga. El vrea să învingă, totuşi, de cele mai multe ori nu reuşeşte decât să provoace o reacţie la fel de dură.

Există şi o a treia cale de negociere, o cale nici dură, nici conciliantă – *metoda negocierii principiale*, elaborată în cadrul Proiectului de Negocieri de la Harward, ce constă în clarificarea problemelor pe baza caracteristicilor. Nu se folosesc trucuri sau imagini false. Negocierea principială ne arată cum să obţinem ceea ce ni se cuvine, menţinându-ne în acelaşi timp pe poziţii decente, şi se bazează pe ocupări şi cedări succesive de poziţii. Această metodă poate fi concentrată în patru idei de bază. Fiecare idee tratează un element al negocierii şi sugerează ce ar trebui să facem în legătură cu el:

1. *Oamenii*: nu confundăm oamenii cu problema în discuţie.
2. *Interesele*: ne concentrăm asupra intereselor, nu asupra poziţiilor.
3. *Opţiunile*: ne gândim la diferite alternative înainte de a lua o decizie.
4. *Criteriile*: insistăm ca rezultatele să se bazeze pe nişte criterii obiective.

Aceste patru poziţii ale negocierii principiale sunt revelatoare din momentul, în care începem să ne gândim la negociere şi până când ajungem la o înţelegere sau ne hotărâm să întrerupem tratativele.

12.4. ÎNCEPEREA NEGOCIERII

În cadrul oricărei negocieri, odată cu începerea ei, este necesară asigurarea unui climat (atmosferă). În procesul creării atmosferei prima perioadă este perioada critică, care este scurtă şi trebuie să dureze nu mai mult de 5% din întregul timp prevăzut pentru negocieri. Aceasta este perioada în care părţile sunt împreună în afara negocierilor propriu-zise. Impresia generală în primele momente este mult mai puternică decât orice idee preconcepută cu care părţile se aşează la masa tratativelor. Problemele de afaceri nu se vor discuta imediat după începerea întâlnirii, celor două părţi le trebuie suficient timp pentru a ajunge pe aceeaşi lungime de undă. Din aceste motive este necesar ca subiectele abordate să fie neutre, fără a fi legate de afacerile propriu-zise. Aceste discuţii introductive conduc părţile la o

anumită sincronizare, la o „întâlnire a minţilor" acestora. De asemenea, mesajele nonverbale sunt foarte pregnante în aceste momente.

Prima discuţie şi impresiile nonverbale vor stabili starea ulterioară a tratativelor. De exemplu, dacă se stă în picioare, deplasarea la poziţia aşezat poate sublinia trecerea de la partea introductivă, cea a formării atmosferei, la negocierile propriu-zise.

12.5. DESCHIDEREA NEGOCIERILOR SAU CLARIFICAREA POZIŢIILOR CELOR DOUĂ PĂRŢI

În acest moment al negocierilor, obiectivul este de a stabili o înţelegere comună. Scopul nostru este acum de a demara negocierile într-o direcţie ce face posibil un avantaj maxim pentru ambele părţi.

Pentru a face o mai bună descriere a modului în care trebuie de acţionat în acest moment este necesar de a distinge cele trei dimensiuni ale unei negocieri. Acestea sunt: *conţinutul, procedurile, interacţiunile personale.*

Conţinutul dă gamă subiectelor ce vor fi abordate.

Prin *procedură* vom face planificarea duratei întâlnirii şi a subiectelor ce vor fi discutate.

Interacţiunile personale vor da modul în care persoanele implicate în negociere interacţionează una cu cealaltă, modul în care personalităţile lor vor intra în colaborare. Aceste elemente sunt valabile atât pentru negocierile individuale, cât şi pentru cele în echipă. În acest moment este necesară formarea unor idei clare despre ceea ce vrem să facem şi modul în care se doresc a fi făcute aceste negocieri.

12.6. NEGOCIEREA EFECTIVĂ

În continuare sunt expuse ideile Proiectului de Negocieri de la Harward:

1. Oamenii: Nu confundăm oamenii cu problema în discuţie.

Negociatorii sunt, mai întâi de toate, oameni. O caracteristică de bază a negocierii uşor de uitat în cazul tranzacţiilor este faptul că se tratează nu cu nişte reprezentanţi abstracţi ai „părţii adverse", ci cu fiinţe umane. Acestea au sentimente, valori pe care le apreciază, puncte de vedere diferite şi provin din medii variate; mai mult, sunt imprevizibile. Aşa suntem şi noi toţi.

Dacă nu reuşim să-i tratăm pe parteneri cu sensibilitate, ca pe nişte fiinţe umane supuse slăbiciunilor, negocierea va fi dezastruoasă orice am face. În orice moment al negocierii, de la pregătire până la desfăşurarea ei, merită să ne întrebăm: „Acord, oare, destulă atenţie aspectului uman?". Renumitul filozof John Dewy susţinea că tendinţa măreaţă a oamenilor este dorinţa de a fi semnificativ. Să memorizăm această expresie: *„dorinţa de a fi semnificativ"*. Pentru a-şi arăta semnificaţia, oamenii sunt gata la orice. Este mai bine să evidenţiem noi ceva semnificativ, ceva destoinic pentru persoana cu care negociem şi să arătăm că preţuim aceasta la ea. Emerson spunea: *„Fiecare om, pe care îl întâlnesc, într-un anumit domeniu este superior şi asta eu sunt gata să învăţ de la el"*.

Totodată apare riscul de a deveni prea orientaţi către o persoană şi astfel devenim pradă pentru cei orientaţi pe subiect, fiind uşor de manipulat. Pentru a evi-

ta această situaţie este necesar să acordăm persoanei mai multă atenţie la etapele iniţiale ale negocierii, pe când în procesul desfăşurării negocierii propriu-zise ne concentrăm asupra *percepţiei, sentimentelor şi comunicării.*

Percepţia.

Felul în care vedem lumea depinde de locul unde ne aflăm. Tindem să vedem doar ceea ce dorim să vedem. Când deschidem gura să descriem ce vedem, în realitate ne descriem pe noi înşine, felul nostru de a percepe, paradigmele noastre. Însă, după cum reiese din demonstrarea evocată, oricât am fi de sinceri şi limpezi, percepem lucrurile în mod diferit, fiecare privind prin unica lentilă a experienţei personale. Când încercăm să negociem, trebuie să focalizăm toate imaginile şi să apreciem toate punctele de vedere. Henry Ford spunea: „Dacă există un secret al succesului, el constă în capacitatea de a primi punctul de vedere al altei persoane şi de a privi lucrurile sub unghiul ei de vedere tot aşa de bine ca cel propriu".

Uneori avem tendinţa să presupunem că temerile noastre se vor adeveri prin acţiunile adversarilor. Frecvent este mult prea uşor să cădem în obiceiul de a da cea mai rea interpretare afirmaţiilor sau faptelor celorlalţi. O interpretare plină de suspiciuni porneşte adesea de la părerile noastre preexistente. Dar preţul pe care îl plătim pentru că dăm afirmaţiilor sau faptelor lor interpretarea cea mai întunecată este faptul că ideile noi, care ar putea duce la înţelegere, sunt nesocotite, iar uşoarele schimbări de poziţie sunt ignorate sau respinse.

În nici un caz nu trebuie să învinuim partenerii pentru problemele noastre. Este uşor de adoptat o atitudine de învinuire, mai ales când simţim că partea adversă este, într-adevăr, responsabilă pentru cele întâmplate. Indiferent dacă învinuirea este justificată, ea este, de obicei, şi ineficientă. Atacaţi, adversarii se vor apăra şi vor opune rezistenţă afirmaţiilor noastre. Vor înceta să mai asculte sau vor răspunde şi ei printr-un atac. „Critica este asemenea porumbeilor. Ea tot timpul se întoarce acasă" (Deil Karneghi).

Asigurăm partea adversă că îşi aduc contribuţia la produsul finit prin participarea la proces. Când avem de soluţionat o chestiune dificilă, primul impuls este de a lăsa partea grea la urmă. „Să fim siguri, mai întâi, că totul e pus la punct, şi după aceea îl abordăm pe agent". Agentul, pe de altă parte, va fi mult mai uşor de convins să accepte o modificare a regulamentului, dacă simte că a contribuit şi el la schiţarea lui.

Păstrarea prestigiului.

Dacă vedem că partenerul a făcut o gafă, nu-i reproşăm în prezenţa altor persoane. Îi permitem să-şi păstreze propriul „*Eu*" pentru a putea prelungi negocierile cu persoana dată.

Sentimentele.

- Mai întâi identificăm şi înţelegem sentimentele, atât ale lor, cât şi ale noastre.
- Discutăm despre sentimente în mod explicit şi le recunoaştem ca legitime. Dacă aducem în centrul discuţiei sentimentele noastre sau ale lor, reuşim nu numai să subliniem seriozitatea problemei, dar şi să dăm negocierilor o notă mai puţin conflictuală şi mai mult modelatoare.
- Le dăm ocazia adversarilor să-şi „verse focul". Dacă negociatorul reuşeşte să spună ce are pe suflet, îi va fi mai uşor apoi să discute raţional.

• Nu reacţionăm la izbucnirile emoţionale. Exprimarea sentimentelor este, însă, şi riscantă atunci când duce la o reacţie emoţională. Dacă scapă de sub control poate avea ca efect o ceartă violentă.

• Folosim gesturi simbolice. Orice îndrăgostit ştie că pentru a înceta o ceartă, un simplu trandafir roşu poate spune mult. Gesturile, care ar avea asupra uneia dintre părţi un efect benefic în plan emoţional, necesită adesea un efort neînsemnat sau chiar nici un efort din partea celorlalţi.

Comunicarea.

Comunicarea se realizează pe 3 niveluri: ***logic*** (verbal, cel al cuvintelor), care reprezintă doar 7% din totalul actului de comunicare; ***paraverbal*** – 38%; ***nonverbal*** – 5%.

Dacă între aceste niveluri nu sunt contradicţii, comunicarea poate fi eficientă, iar în cazul prezenţei contradicţiilor apare incoerenţa actului de comunicare. De exemplu, un semidoct care a făcut mulţi bani, oricât de frumos şi elegant s-ar îmbrăca (comunicare nonverbală), la nivelul comunicării logice se demască imediat.

În actul comunicării interumane trebuie să ne concentrăm în egală măsură asupra tuturor nivelurilor: verbal, paraverbal şi nonverbal.

A. Nivelul verbal.

• Ascultăm în mod activ şi recepţionăm ceea ce se spune. Tehnicile standard de ascultare corectă recomandă:

– să acordăm o mare atenţie celor spuse;
– să-i rugăm pe ceilalţi să explice cu grijă şi clar ce vor să spună;
– să le cerem să-şi repete ideile atunci când există vreo ambiguitate sau nesiguranţă.

• Vorbim să fim înţeleşi.

• Vorbim despre noi, nu despre ei. În multe negocieri, fiecare parte explică şi critică amănunţit motivaţia şi intenţiile celeilalte. Totuşi, este mult mai convingător să descriem problema din punctul de vedere al impactului pe care îl are asupra noastră decât să ne orientăm după ceea ce spun ei şi de ce: „Sunt dezamăgit" în loc de „Nu v-aţi ţinut de cuvânt".

• Vorbim cu un anumit scop. Uneori problema constă nu în lipsa comunicării, ci în abundenţa ei, ceea ce trebuie de evitat.

• Punem întrebări: deschise, închise, sugestive, contraîntrebări, întrebări alternative.

Întrebare închisă: - *Ce se întâmplă acum în aula nr. 1?*

Răspuns: - *Are loc cursul „Arta negocierii".*

– Unde se ţine cursul „Arta negocierii"?
– În aula nr. 1.

Răspunsul este scurt, are *avantajul* rapidităţii şi preciziei.

Dezavantajul acestor întrebări constă în eventuala folosire a unei tonalităţi inadecvate, ceea ce poate induce starea de interogatoriu.

Întrebare deschisă: - *Ce credeţi despre ultima hotărâre a MS?*

Avantaje: se pot obţine multe informaţii, creează o atmosferă deschisă şi ajută la relansarea dialogului.

Dezavantaje: interlocutorul poate fi un vorbăreţ, astfel încât de multe ori apare necesitatea de a interveni brutal pentru a dirija dialogul în direcţia dorită.

Întrebare sugestivă: - *Știați că...?*

Se observă, că deși întrebarea pare închisă (cu un număr limitat de variante de răspuns), datorită scopului sugerat, aceasta poate fi considerată, ca fiind sugestivă.

Nu-i așa că v-a plăcut declarația ministrului?

Ce gândiți despre ultima realizare pozitivă a CNAM-ului?

Deși pare a fi o întrebare deschisă, se poate considera că are și o nuanță sugestivă.

Avantaje: progresează dialogul, stimulează apariția unor elemente noi în ceea ce privește modul de a gândi, induce idei și soluții.

Dezavantaje: răspunsul poate fi negativ. În acest caz se recomandă de a o urma cu o întrebare deschisă în scopul relansării dialogului.

Contraîntrebare: - *Dar Dumneavoastră ce credeți?*

Avantaje: se câștigă timpul necesar pentru a gândi răspunsul, de exemplu la o întrebare-capcană. În același timp, se reorientează discuția în altă direcție, în funcție de răspunsul primit la contraîntrebare.

Dezavantaje: contraîntrebarea poate fi interpretată ca o eschivare de la răspuns și poate induce senzația că avem ceva de ascuns.

Întrebare alternativă: - *Preferați ceai sau cafea?*

Avantaj: ajută la influențarea răspunsului sau la luarea rapidă a deciziei.

Dezavantaj: limitează răspunsul și poate induce o stare de disconfort. Partenerul poate să aibă alte opțiuni, dar alternativele propuse blochează dezvăluirea acestora.

B. Nivelul paraverbal se referă la tonalitatea vocii, volumul convorbirii, viteza de rostire a cuvintelor etc.

C. Nivelul nonverbal sau limbajul corpului, care poate sprijini, contrazice sau chiar substituie comunicarea verbală. Mesajul nonverbal este cel mai apropiat de realitatea emitentului și este cel căruia i se acordă de către interlocutor atenția cea mai mare. Astfel, constatăm adesea că, deși interlocutorul susține că spune adevărul, noi *„simțim”* că el minte. Ne punem întrebarea: care este cel *„de-al șaselea simț”* care recepționează informația neexprimată verbal? Se consideră că femeile au acest *„al șaselea simț”* mai bine dezvoltat decât bărbații. O explicație posibilă ar fi aceea că femeile sunt mai abile în a interpreta limbajele nonverbale, având în gestica lor experiența creșterii copiilor care, în primii ani de viață, comunică predominant prin limbaje nonverbale. O altă explicație posibilă ar fi aceea a dezvoltării acestei abilități pentru compensarea lipsei lor de forță fizică.

Dar până când știința va descoperi acest *„simț”* suplimentar, care intervine în procesul de comunicare, vom adopta imaginea omului cu cinci simțuri care comunică preponderent nonverbal și, uneori, se exprimă și prin cuvinte.

Unele din aceste semne nonverbale sunt foarte ușor de descifrat. De exemplu, este evident că atunci când oamenii zâmbesc, au nasturi descheiați la guler sau își dau haina jos, încep să se simtă bine în prezența DMV. Gesturile mai puțin evidente includ: mutarea mai aproape, vorbirea înceată.

Limbajul corpului influențează impactul comunicării prin expresia feții (mimica, zâmbetul, privirea), gesturi, forma și poziția corpului, aspectul general și prin comunicarea tactilă.

2. Interesele: Ne concentrăm asupra intereselor, nu asupra pozițiilor.

Exemplu: Doi bolnavi se certau într-un salon: unul vroia să țină fereastra deschisă, celălalt – să o închidă. Nu găseau o alternativă: să o întredeschidă puțin, să o deschidă pe jumătate sau pe trei sferturi. Nici o soluţie nu-i satisfăcea pe ambii bolnavi. Între timp în discuţie se implică asistenta medicală şi îi întreabă de ce unul vrea să deschidă, iar celălalt să închidă geamul. „Ca să intre puţin aer curat" şi „Ca să nu fie curent" – au fost răspunsurile respective. Apreciind ambele interese, asistenta a deschis larg o fereastră din camera de gardă, care comunica cu salonul, asigurând aer proaspăt şi fără curent.

Asistenta medicală nu ar fi găsit soluţia, dacă şi-ar fi concentrat atenția numai asupra pozițiilor celor doi bolnavi: de a închide sau deschide fereastra, în schimb, ea a avut în vedere interesele lor implicite: aer proaspăt şi fără curent. Această distincție între poziţii şi interese are o importanță majoră.

În spatele pozițiilor divergente se află atât interesele comune, cât şi cele conflictuale. Avem tendința să presupunem că, deoarece pozițiile celeilalte părți sunt opuse față de ale noastre şi interesele lor trebuie să fie opuse. Cu toate acestea, în multe negocieri, o examinare atentă ne dezvăluie existența mai multor interese comune. Apare întrebarea: cum identificăm interesele? Noi ştim că a înţelege interesele „*lor*" este la fel de important ca a le înţelege pe ale „*noastre*". Ne întrebăm „*De ce*?" Tehnica de bază este să ne punem în locul lor. Observăm fiecare poziție luată de ei şi ne întrebăm „*De ce?*"

3. Opțiunile: analizăm mai multe alternative înainte de a lua o decizie sau căutăm soluții reciproc avantajoase.

Frecvent se pare că nu există o modalitate de a mulțumi ambele părți. Una dintre cele mai importante calități pe care trebuie să le posede un negociator este tocmai aceea de a inventa soluții. Dar, de multe ori deznodământul unei negocieri se aseamănă cu acela al poveştii celor două surori care se ceartă pentru o portocală. După ce s-au înţeles să împartă portocala în două, una şi-a luat jumătatea ei, a mâncat fructul şi a aruncat coaja, pe când cealaltă a aruncat fructul şi a folosit coaja de la jumătatea ei pentru o prăjitură. De prea multe ori negociatorii au de pierdut – nu reuşesc să ajungă la o înţelegere când ar putea să o facă sau acordul pe care îl stabilesc ar putea fi mai bun pentru ambele părți. Prea multe negocieri se termină cu jumătate de portocală pentru fiecare parte, în loc de întregul fruct pentru una şi întreaga coajă pentru cealaltă. De ce?

În cele mai multe negocieri există patru obstacole, care inhibă creativitatea în inventarea soluțiilor:

1. Judecata prematură.
2. Căutarea unui singur răspuns.
3. Ipoteza unei soluţii unice - fiecare parte nu vede decât două posibilităţi de rezolvare: ori câştig eu, ori voi.
4. Concepția că „problemele personale trebuie să şi le rezolve singuri".

Pentru a fi creativi în inventarea soluțiilor va trebui:

1. Să separăm acțiunea de a inventa soluții de cea de criticare a lor.
2. Să lărgim gama posibilităților în loc să căutăm un singur răspuns.
3. Să urmărim câştiguri reciproce.
4. Să creăm modalități prin care să le uşurăm deciziile.

1. Separăm acţiunea de a inventa soluţii de cea de criticare a lor. Pentru că raţionamentul sufocă imaginaţia trebuie de separat actul creator de cel critic: separăm procesul de inventare a unor soluţii posibile de cel al selectării acestora. Mai întâi inventăm, apoi selectăm (poate fi folosită metoda „brainstorming" (furtuna creierului).

2. *Lărgim gama posibilităţilor în loc să căutăm un singur răspuns.* Din toată gama stabilită la prima etapă cu avantajele şi dezavantajele fiecăruia se selectează cea mai convenabilă.

3. *Urmărim câştiguri reciproce.* Ipoteza că negocierea este un joc cu o sumă fixă nu este aproape niciodată adevărată. Mai întâi ambele părţi pot fi într-o situaţie mult mai dificilă decât cea prezentă. Şahul arată ca un joc cu un singur deznodă*mânt; dacă unul pierde, celălalt câştigă – până când trece pe acolo un câine care răstoarnă tabla de şah, varsă berea şi-i lasă pe ambii jucători într-o situaţie mult mai* neplăcută decât înainte. În afara interesului ambelor părţi, pentru evitarea pierderilor, aproape întotdeauna există posibilitatea unor câştiguri comune.

4. Creăm modalităţi prin care să le uşurăm deciziile. Deoarece succesul nostru într-o negociere este strâns legat de decizia luată de partea adversă, ar trebui să ne asigurăm că aceasta ne convine şi că ei vor ajunge uşor la ea. În loc să le facem celorlalţi viaţa grea, mai bine le dăm posibilitatea să aleagă fără nici un efort. Preocupaţi de propria situaţie, oamenii dau prea puţină atenţie modalităţilor de promovare a intereselor personale prin grija faţă de cele ale părţii adverse. Pentru a depăşi această limitare cauzată de preocuparea exclusivă pentru interesele personale imediate, va trebui să ne punem în situaţia adversarilor. Dacă nu există nici o alternativă care să le surâdă şi lor, e prea puţin probabil că vom ajunge la vreo înţelegere.

4. Criteriile: insistăm pentru folosirea criteriilor obiective.

Succesul negocierii va fi mai mare dacă suntem pregătiţi. E necesar să ne gândim dinainte la nişte norme obiective care s-ar putea aplica în cazul nostru.

De obicei, sunt mai multe criterii obiective care pot fi folosite ca o bază pentru înţelegere. Ideal ar fi, pentru asigurarea unei înţelegeri raţionale, ca aceste criterii să fie nu numai independente de voinţă, dar şi practice, şi legitime. Criteriile obiective ar trebui, cel puţin teoretic, să fie valabile pentru ambele părţi.

Pot fi folosite metode obiective cum este „unul taie, celălalt alege". Există trei principii, de care trebuie permanent să se ţină cont:

1. Remarcăm contribuţia fiecărei părţi la identificarea criteriilor obiective. De exemplu, stabilim „Care sunt criteriile obiective cele mai relevante?". Fiecare criteriu propus de fiecare parte va fi un punct de sprijin pentru noi. Cazul nostru va avea mai multă pondere dacă va fi prezentat din perspectiva criteriilor alese de părţi şi, în acelaşi timp, lor le va fi greu să refuze aplicarea acestor criterii la problema în cauză. Ideea de a ceda pare şi mai dificilă de admis atunci când trebuie acceptată propunerea altcuiva. Dar dacă aceştia sunt cei care sugerează criteriile, respectarea lor nu denotă slăbiciune, ci este un act de tărie, de consecvenţă faţă de cele afirmate.

2. Judecăm raţional şi ne gândim care dintre criterii sunt cele mai adecvate şi cum ar trebui aplicate. Unii oameni anunţă chiar de la început că poziţia lor ţine de

principiu şi refuză pur şi simplu să ia în considerare cazul celorlalţi. În aşa situaţie trebuie să adoptăm atitudinea unui judecător; cu toate că tindem să favorizăm poziţia noastră, trebuie să fim dispuşi să acceptăm posibile motive pentru aplicarea unui alt criteriu sau pentru o aplicare diferită a aceluiaşi.

Dacă cele două părţi vin cu două criterii deosebite, căutăm la baza opţiunii între cele două să stea obiectivitatea. După cum problema în sine nu trebuie soluţionată în funcţie de voinţă, tot astfel nici dilema în privinţa criteriului care să fie aplicat. Cu toate acestea, dacă după o discuţie amănunţită despre caracteristicile unei probleme nu putem, totuşi, admite că principiile propuse de ei sunt cele mai potrivite, putem sugera să le supunem unui test. Cădem de acord asupra unei persoane pe care ambii o considerăm cinstită şi-i înmânăm o listă a criteriilor dezbătute. Îi cerem să decidă care dintre ele sunt cele mai corecte şi mai adecvate situaţiei noastre.

3. Nu cedăm niciodată în faţa presiunii. Exercitarea presiunii poate lua diverse forme: mituire, ameninţare, apelul insinuant la încredere sau simplul refuz de a se clinti de pe poziţii. În toate aceste cazuri, răspunsul principial este acelaşi: îi invităm să-şi expună teoria, sugerăm nişte criterii obiective, pe care le considerăm aplicabile şi nu ne lăsăm influenţaţi de nimic altceva. Nu cedăm niciodată în faţa presiunii, ci numai în faţa criteriilor.

Cine va triumfa? Este imposibil de precizat pentru fiecare caz în parte dar, în general, noi suntem privilegiaţi. Căci pe lângă puterea de voinţă mai avem şi avantajul legitimităţii şi al forţei de convingere a unei judecăţi raţionale şi flexibile. Nouă ne va fi mai uşor să ne abţinem de la o concesie arbitrară, iar lor le va fi greu să nu facă nişte sugestii de criterii obiective. Este mai comod de apărat, în public şi în particular, o poziţie bazată pe refuzul de a ceda decât una bazată pe refuzul de a ceda la care se adaugă refuzul de a furniza nişte argumente întemeiate. Criteriul este prietenul nostru neînduplecat care nu ne dă voie să cedăm în faţa presiunii. Cu alte cuvinte „în dreptate stă puterea".

Dacă partea adversă nu intenţionează nicidecum să facă vreo mişcare şi nici să furnizeze o argumentare convingătoare pentru poziţia adoptată, atunci nu se mai poate negocia. Tratativele se pot întrerupe sau finaliza. Totuşi, înainte de a renunţa, ar trebui să verificăm dacă nu cumva ne-au scăpat din vedere criteriile obiective, care fac din oferta lor una cinstită.

Dar dacă ei sunt mai puternici? Aplicăm tehnica ACBAN.

La ce-ar folosi discuţia despre interese, opţiuni şi criterii, dacă poziţia de negociere a părţii adverse este mai puternică? Ce facem dacă ceilalţi sunt mai bogaţi, au cunoştinţe mai influente, un personal mai numeros sau arme mai performante?

Nici o metodă nu poate garanta succesul dacă toate atuurile sunt de partea cealaltă. Nici o carte despre grădinărit nu ne poate învăţa cum să creştem nuferi în deşert sau cactuşi în mlaştină. Dacă dorim să procurăm un aparat ultrasonografic, care costă mii de lei, iar în buzunar nu avem decât o bancnotă de o sută, nu ne aşteptăm ca o negociere abilă să ne acopere diferenţa. În orice negociere există nişte relaţii greu de schimbat.

Când încercăm să prindem un troleibuz, scopul pare de o importanţă indiscutabilă, dar dacă ne gândim mai bine, ne dăm seama că putem să-l luăm şi pe următorul. Adesea, în negocieri situaţia este asemănătoare. În aceste condiţii apare

riscul major de a deveni prea concilianţi cu adversarii, prea uşor de convins. Putem ajunge la încheierea unei afaceri pe care ar fi trebuit să o respingem.

Ce se întâmplă dacă ne fixăm dinainte nişte limite pe care să nu le depăşim? Presupunem că dorim să vindem clădirea staţionarului care a dat faliment şi stabilim limita ce se egalează cu suma cea mai mică pe care suntem dispuşi să o acceptăm. De comun acord cu adjuncţii, de exemplu, putem cere pentru clădire 200 000 de lei, după ce ne-am înţeles în prealabil să nu acceptăm nici o ofertă sub 160 000 de lei.

Este mai uşor de rezistat în faţa presiunii şi a tentaţiilor de moment atunci când ştim că nu putem trece de un anumit prag. Presupunem că unui cumpărător îi este imposibil să plătească mai mult de 140 000 de lei. Existenţa unui preţ minim dinainte stabilit ne poate salva de la luarea unei decizii regretabile. Dar protecţia oferită de fixarea unei limite este costisitoare, pentru că ne restrânge capacitatea de a profita pe urma celor învăţate până acum. Prin definiţie, limita stabilită este de neclintit. Aceasta ne determină, prin urmare, să-i ignorăm pe adversari, hotărând că nimic din ce vor spune ei nu ne poate convinge să modificăm această limită.

De asemenea, adoptarea unei limite duce la inhibarea imaginaţiei. Nu oferă nici un stimulent pentru găsirea unei soluţii mai bune pentru ambele părţi, croite după nevoile momentului. În loc să vindem clădirea cu 160 000 de lei, putem sluji mai bine intereselor noastre dacă scădem până la 130 000, dar depozitul îl mai putem folosi o perioadă de cinci ani.

Alternativa acestor limite prestabilite este de a ne întreba: „Ce variante avem pregătite în cazul unui eşec?" Când este vorba despre preţul minim pentru clădire, întrebarea logică, care trebuie să ne-o punem nu se referă la ceea ce „este posibil să primim pe ea", ci, „Ce vom face dacă după un timp anumit nu reuşim încă să vindem clădirea? O lăsăm la vânzare un timp îndelungat? O dăm în chirie? Dărâmăm clădirea şi transformăm terenul într-o parcare? Sau ce altceva? Care dintre aceste opţiuni pare mai atrăgătoare şi cum arată această opţiune în comparaţie cu cea mai bună ofertă primită?".

Motivul pentru care negociem este să ajungem la un rezultat mai bun decât cel obţinut dacă nu am face-o. Aceasta este ACBAN - Alternativa Cea mai Bună a Acordului Negociat. Acesta este etalonul cu care trebuie comparată orice înţelegere propusă.

Oamenii cred că puterea de a negocia rezidă în resurse, cum ar fi: bogăţia, influenţa în plan politic, puterea fizică, prietenii şi forţa armată. De fapt, puterea de negociere a două părţi depinde în primul rând de măsura în care ideea de a nu ajunge la nici o înţelegere îi atrage sau nu.

Dacă adversarul nu vrea să intre în joc? Folosim negocierea Jiu-jitsu.

Ce ne facem dacă partea adversă pur şi simplu nu vrea să intre în joc? De fapt, regulile jocului pot fi schimbate prin începerea altuia, care atrage atenţia lor către esenţa problemei. Această strategie o numim jiu-jitsu. În mod specific „atacul" lor va cuprinde trei manevre: afirmarea hotărâtă a poziţiei, atacul la adresa ideilor noastre şi atacul la adresa noastră personală. Ce trebuie să facem?

1. Nu atacăm poziţia lor, dar descoperim ce se ascunde în spatele ei. Când partea adversă îşi anunţă poziţia, este bine să nu o respingem, dar nici să o acceptăm. O tratăm ca pe o opţiune posibilă. Identificăm interesele din spatele ei, căutăm

principiile pe care le reflectă şi ne gândim la modalităţile de optimizare a ei. Pentru a le îndrepta atenţia către modalităţile de îmbunătăţire a soluţiilor propuse, luăm în discuţie, în mod ipotetic, eventualele consecinţe ale acceptării uneia dintre poziţiile lor, astfel ei pot înţelege că oferta propusă este nerealistă şi îşi modifică soluţiile.

2. Nu ne apărăm ideile, ci invităm adversarii să ni le critice şi să-şi exprime părerea. În negocieri se acordă foarte mult timp criticii. Este mai bine să încurajăm critica din partea adversarilor decât să ne opunem ei. În loc să le cerem să accepte sau să respingă o idee, îi întrebăm ce nu le convine în legătură cu ea.

O altă modalitate de canalizare a criticii într-un sens constructiv, este să schimbăm locurile şi să le cerem sfatul. Îi întrebăm ce ar face dacă ar fi în situaţia noastră.

3. Transformăm un atac la adresa noastră într-unul la adresa problemei. Când adversarii ne atacă personal, după cum se întâmplă adesea, rezistăm tentaţiei de a ne apăra sau de a-i ataca şi transformăm atacul la adresa noastră într-unul la adresa problemei.

4. Punem întrebări, apoi aşteptăm. Cei angajaţi într-o negociere jiu-jitsu se servesc de două unelte-cheie. Prima, este să folosim întrebări în loc de afirmaţii. Afirmaţiile declanşează rezistenţă în tabăra opusă, pe când întrebările generează răspunsuri. Întrebările nu critică, ele educă. A doua este tăcerea – cea mai preţioasă armă pe care o avem. Dacă ne-au făcut o propunere iraţională sau ne-au atacat, dacă am pus o întrebare directă la care ei ne-au dat un răspuns nesatisfăcător, aşteptăm. Oamenii nu se simt în largul lor când se aşterne tăcerea, mai ales dacă se tem că nu au spus tocmai ceea ce trebuia. Putem negocia foarte eficient atunci când nu vorbim.

Ce ne facem dacă negociatorii se folosesc de trucuri sau cum să îmblânzim un negociator agresiv?

Negocierea principială este, în ansamblu, foarte bună, dar ce facem dacă adversarul ne induce în eroare sau dacă îi cresc pretenţiile tocmai în momentul în care suntem pe punctul de a ajunge la un consens? Există multe tactici şi trucuri pe care oamenii le folosesc pentru a putea să profite de pe urma altora. Gama lor este foarte largă, extinzându-se de la minciuni şi abuzuri psihologice la diferite forme de presiuni. Ele pot fi ilegale, lipsite de etică sau pur şi simplu neplăcute. Scopul este câştigul. Astfel de tactici pot fi numite negocieri trucate. Dacă îşi dau seama că se foloseşte o tactică necurată împotriva lor, majoritatea oamenilor reacţionează în două feluri: se resemnează considerând că este neplăcut să se ajungă la un scandal, iar partea adversă poate beneficia de acesta. Deocamdată, sperăm că totul va fi bine şi ne abţinem de la comentarii. În speranţa că partea adversă se va domoli şi nu va avea pretenţii mai mari. Această strategie funcţionează câteodată, însă, de cele mai multe ori este sortită eşecului.

A doua reacţie tipică este aceea de a plăti cu aceeaşi monedă. Dacă ei îşi fixează punctul de plecare incredibil de sus, noi îl fixăm incredibil de jos. Dacă ei trişează, noi facem la fel. Dacă ei ameninţă, le răspundem cu ameninţări. La sfârşit, fie că una dintre părţi se resemnează, fie că, de prea multe ori, negocierile încetează fără nici un consens.

Tacticile de negociere necinstite sunt, de fapt, referinţe la metoda de negociere, la jocul pe care părţile se decid să-l practice. În asemenea situaţii există trei faze în negocierea jocului în care partea adversă pare să folosească o tactică necinstită:

recunoaşterea tacticii, discutarea problemei în mod explicit şi punerea în discuţie a legitimităţii şi oportunităţii tacticii respective – negocierea ei. Aceşti paşi trebuie parcurşi având în vedere ideile negocierii principiale, elaborate în cadrul Proiectului de Negocieri de la Harward: oamenii, interesele, opţiunile, criteriile, adică începem o nouă negociere.

12.7. ÎNCHEIEREA NEGOCIERII

Orice bun început are şi un sfârşit. Brandeis spunea: „Nimic nu este stabilit, până când nu este stabilit corect”. În mod normal, etapa de încheiere a negocierilor cuprinde trei etape:

1. Formularea unui acord.
2. Asigurarea aplicării lui.
3. Trecerea în revistă a experienţei noastre de negociator.

Sensul personal al realizării va veni, însă, prin folosirea cu succes a abilităţilor practice de a negocia.

CAPITOLUL 13

SISTEME DE SĂNĂTATE ÎN STRĂINĂTATE. ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII

13.1. ASPECTE GENERALE

Sistemul de sănătate este definit ca un ansamblu de elemente independente, care contribuie la sănătate în familie (grupuri), în instituții de învățământ, la locurile de muncă, în locuri publice și comunități, precum și în mediul înconjurător fizic și psiho-social, prin activitatea sectoarelor înrudite.

Rezultă că în lume nu există două sisteme de sănătate identice.

Pentru a analiza modul de organizare și funcționare a sistemelor existente și pentru a putea compara sistemele diferitelor țări, M.Roemer – pionierul analizei comparative a sistemelor de sănătate – a identificat cinci *componente de bază*, comune ale unui sistem de sănătate:

1. producerea și dezvoltarea de resurse;
2. elaborarea de programe;
3. suportul economico-financiar;
4. managementul în sănătate;
5. acordarea de servicii medicale.

1. *Producerea și dezvoltarea de resurse* necesită participarea mai multor sisteme de la nivelul societății și se referă la:

- forța de muncă (medici, asistente medicale etc.);
- instituțiile medicale (spitale, policlinici, centre de sănătate, laboratoare, dispensare, farmacii etc.);
- bunurile sanitare (medicamente, echipamente diagnostice, terapeutice și chirurgicale);
- cunoștințele (pot să nu fie considerate ca niște resurse, deoarece reprezintă elementele de bază în operațiunile oricărui sistem de sănătate).

2. *Elaborarea de programe* (organizarea resurselor în diferite relații funcționale, orientate spre o anumită finalitate).

Programele pot fi finanțate de către: guvern, organizații voluntare „non profit", organizații „pentru profit".

Proporțiile între aceste tipuri determină natura sistemului de sănătate.

3. *Suportul economico-financiar* În fiecare țară există mai multe surse de finanțare în sistemul de sănătate:

- taxe generale (bugetare);
- asigurări obligatorii de asistență medicală;
- asigurări private;
- plata directă.

Modul de finanțare influențează cel mai mult (din cele cinci componente ale sistemului) natura sistemului de sănătate.

4. *Managementul* în sănătate include diverse mecanisme prin care se mobilizează și se folosesc resursele în vederea realizării unor scopuri: organizarea, planificarea, administrarea, reglementarea, evaluarea, controlul în sistemul de sănătate.

5. *Acordarea de servicii medicale* include toate formele de servicii de sănătate: preventive, terapeutice, de îngrijiri și de recuperare (servicii primare, secundare, terțiare). Caracteristicile unui sistem de sănătate sunt:

1. accesibilitatea la servicii medicale calitative;
2. performanța medicală și satisfacția utilizatorilor;
3. asigurarea continuității și integrarea serviciilor medicale;
4. eficiența utilizării resurselor;
5. eficacitatea medicală și economică(obținerea obiectivului scontat).

Pentru a îndeplini aceste deziderate ale calității unui sistem de sănătate, în condițiile în care cheltuielile pentru sănătate cresc într-un ritm ce depășește pe cel de creștere a produsului intern brut, opțiunile vizează creșterea eficienței interne și utilizarea rațională a îngrijirilor de sănătate.

În cadrul unui sistem de sănătate pot coexista mai mulți plătitori:

1) **guvernul**, modul de colectare a banilor este impozitul general, sistemul de sănătate este un sistem național tip Beveridge, exemplu tipic fiind sistemul național de sănătate al Marii Britanii – medicii sunt plătiți printr-o taxă fixă (per capita) indiferent de volumul de muncă necesar îngrijirii fiecărui pacient.

2) **asigurări obligatorii**, colectarea banilor se face prin asigurări publice (obligatorii), atunci sistemul de sănătate este bazat pe asigurări publice de tip Bismark, exemplele tipice fiind Germania și Franța;

c) **asigurări private**, colectarea banilor se face pe baza unor asigurări private voluntare, atunci avem de a face cu un sistem de asigurări private, exemplu tipic fiind sistemul din SUA.

2. Sistemul de plată a serviciilor medicale:

– plata „per capita", care asigură plata medicilor generaliști în funcție de numărul de persoane înscrise în lista lor;
– plata pe servicii, care asigură recompensarea în concordanță cu volumul serviciilor prestate;
– plata directă.

3. Sistemul de plată a instituțiilor sanitare prevede:

a) rambursarea retrospectivă;
b) rambursarea prin buget global (suma fixă pentru un an);
c) rambursarea prospectivă, care poate fi făcută pornind fie de la o formulă bazată pe populație, fie de la o formulă bazată pe sarcina de lucru.

Problemele care apar ca urmare a existenței terților plătitori sunt: riscul moral și selecția adversă.

Riscul moral are următorul principiu: dacă prețul unui bun este egal cu zero (serviciul de sănătate în momentul oferirii lui), atunci cererea depășește întotdeauna oferta. Drept consecință, asistența medicală trebuie raționalizată prin:

- coplată;
- rolul medicului generalist în filtrarea accesului la asistența spitalicească;

- lista de aşteptare pentru tratament;
- reglementări asupra serviciilor care vor fi sau nu furnizate.

Selecţia adversă apare atunci când: terţii plătitori încearcă să limiteze costurile, refuzând să asigure acoperirea acelor grupuri care sunt cele mai bolnave şi care necesită îngrijiri mai scumpe sau cerând plăţi mai mari pentru aceste grupuri.

13.2. ASPECTELE PARTICULARE ALE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE EXISTENTE ÎN LUME

13.2.1. SISTEMUL NAŢIONAL DE SĂNĂTATE DE TIP BEVERIDGE

CARACTERISTICILE MODELULUI BEVERIDGE:

1. Sunt finanţate prin intermediul taxelor centrale.
2. Infrastructura este proprietatea statului.
3. Oferă acces liber şi universal.
4. Serviciile medicale sunt prestate în general de către angajaţi de stat.
5. Politicile operative sunt determinate şi controlate de stat.
6. Medicii sunt angajaţi cu salariu sau plătiţi din cota pe cap de locuitori.
7. Majoritatea spitalelor activează pe baza unui buget global sau a unei limite de cheltuieli.

Acest sistem activează efectiv în următoarele ţări: Marea Britanie şi Irlanda, Italia, Grecia, Portugalia, Spania, Ţările Scandinave etc.

ITALIA

- Sistemul sănătăţii este finanţat din bugetul de stat şi din contribuţiile patronilor şi lucrătorilor
- Sistemul sănătăţii este divizat în 3 niveluri:
- naţional (Ministerul Sănătăţii);
- regional;
- local.
- Este un sistem decentralizat, dar medicina de stat lucrează foarte efectiv.
- Persoanele asigurate: fiecare rezident este înregistrat la medic-generalist, copiii până la 6 ani – la pediatru. Alegerea medicului este liberă.
- Serviciile asigurate: medicul examinează pacientul şi face îndreptări la investigaţiile necesare sau în staţionar. Spitalizarea urgentă se efectuează imediat. În tratamentul staţionar planificat pacientul poate aştepta săptămâni şi chiar luni de zile. Medicii angajaţi în instituţiile de stat pot activa şi în cadrul spitalelor private.
- Medicina de stat asigură gratuit toţi pacienţii cu medicamente prescrise din lista medicamentelor standarde, dar este stabilită taxa pentru prescrierea reţetelor, cu excepţia persoanelor vârstnice, invalizilor, categoriilor social vulnerabile. Comitetul Internaţional al preţurilor controlează costurile remediilor medicamentoase şi cota adaosului comercial maximal.
- Asigurările private: sunt companii medicale private, care efectuează asigurări medicale voluntare. Acoperă un procent foarte mic de populaţie.
- Medicina privată prestează un spectru larg de servicii medicale şi în prezent rămâne prerogativa populaţiei cu venituri mari.

MAREA BRITANIE

Unul din locurile de frunte în domeniul ocrotirii sănătăţii printre ţările lumii revine Marii Britanii. Nivelul înalt de dezvoltare este în particular legat de tradiţiile tred-unioniste în societatea britanică. Cerinţele privind asistenţa medicală gratuită au fost exprimate încă în mişcarea cartistă din anii '30 ai secolului trecut.

În 1948 a intrat în vigoare legea despre crearea sistemului statal de ocrotire a sănătăţii. S-a urmărit scopul ca toţi locuitorii Marii Britanii să aibă posibilităţi egale (lordul U. Beveridge) pentru tratamentul necesar. Sistemul de sănătate este finanţat din mijloace impozitare.

A avut loc naţionalizarea instituţiilor medicale, asistenţa medicală fiind anunţată gratuită. În prezent populaţia Marii Britanii plăteşte parţial pentru asistenţa medicală (pentru reţete, servicii stomatologice) şi depune cotizaţii într-un fond special al ocrotirii sănătăţii.

În ultimii zece ani alocările guvernamentale pentru sistemul ocrotirii sănătăţii naţionale s-au mărit de mai mult de 3 ori, atingând anual 20 mlrd. lire sterline.

Finanţarea se efectuează în principal din contul bugetelor de stat şi local şi parţial din contul cotizaţiilor speciale de la populaţie. Cota cheltuielilor statului pentru ocrotirea sănătăţii alcătuieşte astăzi mai mult de 6% din costul produsului naţional global. Din suma totală a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătăţii 85,5% sunt acoperite din contul impozitelor, 9,5% – din contul cotizaţiilor de la populaţie şi 5% sunt venituri de la bolnavii ce beneficiază de asistenţă medicală cu plată.

În decursul ultimilor zece ani numărul mediu de paturi de spital a scăzut de la 366 mii la 317 mii, în timp ce randamentul fiecărui pat a sporit de la 16,0 la 20,6. Durata medie a spitalizării a scăzut de la 10,2 la 8,5 zile. Dar, totuşi, numărul persoanelor incluse în lista celor care au nevoie de spitalizare a crescut.

Din 1974, este în vigoare sistemul ierarhic de dirijare a ocrotirii sănătăţii în frunte cu un departament guvernamental special. Ţara este împărţită în 14 regiuni, 90 de ţinuturi şi 205 districte. Regiunea este dirijată de Comitetul Regional al ocrotirii sănătăţii, ţinutul – de către Comitetul Ţinutal şi districtul – de Comitetul de District. Conducătorii organelor regionale ale ocrotirii sănătăţii sunt responsabili de serviciul ocrotirii sănătăţii în regiune. Comitetele de ocrotire a sănătăţii efectuează planificarea, organizarea, selecţionarea cadrelor şi distribuirea fondurilor alocate necesităţilor ocrotirii sănătăţii.

Fiecare structură ţinutală a ocrotirii sănătăţii se împarte în subsisteme raionale, care constituie baza unităţilor organizaţionale de planificare şi asigurare cu asistenţă medicală. Populaţia fiecărui raion alcătuieşte aproximativ 250 mii de persoane.

În afara competenţei serviciului naţional al ocrotirii sănătăţii au rămas următoarele servicii medicale: bolile profesionale (sunt în competenţa departamentului muncii); problemele mediului înconjurător (de ele răspund organele administraţiei locale); asistenţa medicală a deţinuţilor şi serviciul medical militar.

Asistenţa medicală este acordată populaţiei în spitalele de profil general şi specializate. Numărul paturilor de spital în Marea Britanie, Wales şi Scoţia este de 582 mii (adică 1 pat la aproximativ 90 de locuitori). Acest indice plasează Marea Britanie pe locul trei în Europa (după Suedia şi Germania).

În anii '60 s-a decis reducerea numărului de paturi de spital din contul lărgirii serviciului de ambulatoriu şi policlinică. Însă această tendinţă a condus la creşterea numărului de solicitări pentru spitalizare, care a devenit o problemă serioasă. Rân-

dul pentru spitalizare în spitalele de stat este de circa 1 mln. de oameni, dintre care 42% aşteaptă mai mult de 1 an. Din cei 47 mii de bolnavi care necesită asistenţă chirurgicală urgentă mai bine de jumătate sunt nevoiţi să aştepte o lună şi peste.

În medie în instituţiile medicale din sistemul ocrotirii sănătăţii de stat rândul pentru tratament este de 17 săptămâni.

Pentru a înlătura neajunsurile sistemului de stat al ocrotirii sănătăţii (SSOS) s-a decis dezvoltarea medicinei prin asigurare. Ca urmare, companiile medicale particulare devin parteneri la exploatarea spitalelor ce aparţin SSOS.

Modul de interacţiune dintre sectorul de stat şi cel particular ni-l demonstrează următorul exemplu. Compania „Baionaln holdings" a alocat 300 mii de lire sterline pentru reconstruirea secţiei de chirurgie a spitalului din Oxford „Cherchil Hospital". În conformitate cu acordul, compania va beneficia de dreptul de a utiliza unele cabinete chirurgicale şi săli de operaţie.

Opinia publică engleză acceptă tot mai mult „coexistenţa" celor două tipuri de asistenţă medicală.

Personalul medical ce activează în spitalele din Marea Britanie este alcătuit din specialişti-consultanţi de înaltă calificare. Medicii generalişti nu sunt angajaţi în spitale. Tradiţional fiecare consultant activează în componenţa unui grup de medici, care îngrijeşte un număr determinat de bolnavi spitalizaţi.

Asistenţa extraspitalicească este acordată populaţiei de către medicii generalişti, populaţia având dreptul de a-şi alege medicul. Plata medicilor se efectuează după numărul de persoane consultate. Pentru a primi ajutor stomatologic bolnavul se poate adresa la orice medic (plata pentru fiecare bolnav). După acelaşi principiu lucrează medicii oftalmologi în SSOS. În secţiile de obstetrică şi în maternităţile de stat din Marea Britanie sunt primite 85% din naşteri.

Pregătirea medicilor se efectuează la facultăţile universităţilor şi în instituţii de învăţământ de sine stătătoare, subordonate Ministerului Învăţământului. Durata studiilor în Universităţile de medicină e de 6 ani, studiile sunt cu plată. Absolvenţilor li se acordă gradele universitare de bacalaureat în medicină şi bacalaureat în chirurgie. De menţionat că în afară de pregătirea medicilor calificaţi, programa prevede pregătirea unui om cult.

În concluzie: Sistemul Naţional de Sănătate Britanic asigură acordarea unor îngrijiri medicale accesibile întregii populaţii, eficiente şi de calitate, cu un grad crescut de continuitate.

13.2.2. SISTEMUL DE SĂNĂTATE BAZAT PE ASIGURĂRI PRIVATE DIN SUA

- În anul 2000 cheltuielile pentru ocrotirea sănătăţii au constituit 15% din Produsul Intern Brut. Mai mult se cheltuie numai pentru alimentaţie şi locuinţă.
- Constituţional nu este prevăzută asigurarea medicală de stat pentru toată populaţia.
- Asigurarea privată şi cea publică acoperă 85% din populaţie.
- Asigurarea privată acoperă 58% din populaţie.
- Asigurarea de stat acoperă 27% din populaţie, inclusiv: 13% – Medicare, 10% – Medicaid, 4% – fondul Veteranilor Armatei.

Asigurarea privată: există mai mult de 1 200 de companii de asigurare non-profit, profit, de stat. Cele mai importante companii private „Crucea albastră" şi „Scutul albastru" se ocupă cu asigurările benevole. Asigurarea privată poate fi cumpărată individual sau poate fi finanţată prin contribuţii din fondurile de salarii împărţite între patronat şi angajaţi pe bază de negociere. Constituie 33% din cheltuielile din sectorul sănătăţii.

- Guvernul SUA în prezent asumă aproape 40% din cheltuielile pentru sănătate, în 1960 – 21%. Finanţează ocrotirea sănătăţii prin două programe de bază: Medicare şi Medicaid.

1. MEDICARE. Program de asigurare socială pentru bătrâni (peste 65 de ani), handicapaţi şi cei în stadiul terminal al insuficienţei renale. Pot beneficia numai cetăţeni ai SUA. Acoperă 13% din populaţie. Medicare este finanţat prin combinarea taxei din fondurile de salarii, veniturile generale şi premii. În total acest impozit constituie aproximativ 15% din veniturile lucrătorilor americani. Altă parte este finanţată din impozitele generale. Asigură maximum 67 de zile de spitalizare. Lista medicamentelor compensate este parţială. Medicare constituie 20% din cheltuielile în sectorul sănătăţii.

2. MEDICAID. Program de asigurare pentru grupuri din populaţia săracă (persoane cu venituri mai mici decât pragul de sărăcie stabilit anual – 14 800 dol./an pentru o familie din 4 persoane în anul 2003) şi pentru pacienţii azilelor de bătrâni care au nevoie de servicii mai costisitoare. Aceste persoane beneficiază de poliţe de asigurare din fondul statului.

- Persoanele neîncadrate în medicina prin asigurări: 20% din populaţie nu au asigurare medicală. Mulţi dintre aceştia lucrează, dar antreprenorii nu-i asigură cu poliţele de asigurare.

13.2.3. ASIGURAREA MEDICALĂ OBLIGATORIE – MODELUL BISMARCK

Caracteristicile generale ale modelului Bismarck:

- Asistenţa medicală este finanţată prin intermediul contribuţiilor obligatorii vărsate de către patroni sau de către angajaţi.
- Fondurile sunt administrate de către agenţii non-profit neguvernamentale instituite prin lege.
- Agenţiile (sau fondurile de boală) negociază/contactează cu spitalul şi cu alţi furnizori de prestaţii medicale bugetul pentru serviciile care se vor furniza.
- Majoritatea medicilor sunt plătiţi pe prestaţie.

Acest sistem funcţionează efectiv în Germania, Austria, Franţa, Belgia, Luxemburg, Elveţia etc.

GERMANIA

- Modelul este considerat unul dintre cele mai dezvoltate şi reuşite
- Acest sistem a fost introdus de Bismark în 1883. S-a dezvoltat prin mai multe acte legislative, care au creat un sistem larg de garanţii sociale.

Asigurătorii şi funcţiile lor:

- sistemul pluralistic;
- statul are funcţiuni legislative şi de control;

- în calitate de executori funcționează casele de spital și asociațiile medicilor;
- cuprinderea totală a populației cu asigurări este de 90%, în sistemul privat constituie 8%, 2% – categoriile social vulnerabile – din bugetul statului;
- cheltuielile pentru ocrotirea sănătății – 11% din PIB.

AMO realizează case de spital.

Fondurile de asigurare în cazul îmbolnăvirii – FAÎ. Circa 1 000 de organizații necomerciale, non-profit, autonome, neguvernamentale (deși conduse de guvern), a căror structură este definită în mod legislativ.

FAÎ sunt dirijate de adunarea reprezentanților patronatului și a angajaților în proporții egale. Adunarea reprezentanților alege consiliul de administrare și un președinte.

Genuri de FAÎ (case de spitale):

1) spitale locale – după principiul teritorial asigură toate persoanele, preponderent membrii familiilor;

2) casele-erzaț – asigură persoanele după apartenența profesională; sunt în subordonare federală;

3) specializate (pentru marinari, mineri, poștași).

Alegerea casei de spital oficial este liberă.

Pentru antreprenori nu are importanță în care casă de spital sunt înregistrați lucrătorii.

Funcțiile caselor de spital:

- Stabilirea taxelor de asigurare.
- Determinarea pachetului de beneficii obligatorii.
- Definirea modului de achitare cu instituțiile medicale.
- Consiliul reprezentanților stabilește taxa de asigurare „9-15%" din fondul de salarizare.
- Angajații personal se înregistrează la FAÎ și patronul transferă contribuții în casa respectivă.
- În mod real alegerea liberă FAÎ este numai pentru persoane, care muncesc (circa 50% din totalul persoanelor asigurate).
- Structura persoanelor asigurate de FAÎ:
  35-40% – în case teritoriale;
  20% – specializate;
  35-40% – casele-erzaț.
- În viitor va fi aprobat volumul de bază al serviciilor medicale în AMO, care va fi acordat gratis fiecărei persoane asigurate. Serviciile medicale excluse din pachetul de bază vor fi achitate din sursele proprii sau prin încheierea contractelor de asigurare medicală voluntară. Excepții: persoane cu maladii cronice grave.
- Se propune mărirea cotei de participare în achitarea unor servicii costisitoare (spitalizare, servicii stomatologice) și în compensare pentru medicamente.
- Asigurarea cu remedii medicamentoase conform prescripției medicului contractate cu casa de spital în cadrul AMO este gratuită. În farmacie este achitată numai plata suplimentară în funcție de prețul medicamentului, de obicei, simbolică. Excepții: persoanele cu venituri mici și maladii cronice grave.

- Costul medicamentelor este identic în toate farmaciile Germaniei. Toate rețetele sunt incluse în baza informațională națională. Casele de spital compensează farmaciilor prețul remediilor eliberate, dar acestea nu pot fi mai mari decât cele stabilite pentru fiecare medicament. Suma totală a medicamentelor prescrise este limitată şi stabilită de FAÎ. În cazul depăşirii acestei limite, 5% din suma respectivă este repartizată între toți medicii ca o amendă pentru excedentul de cheltuieli.

Asigurarea medicală reprezintă una dintre multiplele forme de asigurări care de cele mai multe ori poartă un caracter social (asigurarea de bătrânețe, în caz de invaliditate, asigurarea familiei etc.). Termenul „asigurare medicală" a apărut în secolul al XIX-lea, când prevalența maladiilor acute, adesea contagioase, care afectau în special populația tânără, putea fi considerată un risc, care impunea asigurarea unor maladii. În acest caz cetățenii sănătoşi finanțau cheltuielile legate de îngrijirea celor bolnavi.

În condițiile actuale se atestă îmbătrânirea populației, maladiile acute fiind înlocuite cu boli cronice, legate în special de riscuri de ordin social şi comportamental, de asemenea, de vârstă şi de alte particularități biologice, iar nevoia de îngrijiri medicale devine o certitudine pentru fiecare cetățean. În cazul de față intervine solidaritatea dintre generații, dintre populația activă şi cea inactivă, solidaritate ce stă la baza asigurării finanțării cheltuielilor pentru sănătate.

Asigurarea medicală a populației prevede respectarea necondiționată a principiilor generale promovate de Organizația Mondială a Sănătății şi care caracterizează sistemele de sănătate publică din majoritatea țărilor occidentale dezvoltate:

1. orice cetățean al țării trebuie să fie asigurat în mod obligatoriu;
2. piața singură nu poate asigura o protecție sanitară satisfăcătoare pentru toți;
3. statul trebuie să-şi asume o parte din cheltuieli pentru sănătate şi să intervină în mod direct sau indirect pentru controlul costurilor serviciilor medicale;
4. cetățenii contribuie la finanțarea cheltuielilor pentru sănătate în funcție de posibilitățile lor financiare, dar trebuie să aibă acces la îngrijirile medicale în funcție de nevoile lor.

Din cea de-a treia categorie face parte SUA. Populația activă din SUA are responsabilitatea personală să subscrie sau nu la o asigurare privată mai mult sau mai puțin completă. O parte din oameni subscriu la o asigurare prin intermediul întreprinderii lor, alții o fac cu titlu pur personal. Finanțarea îngrijirilor medicale prin alocări de stat este asigurată în principal de programul federal Medicare, care protejează mai bine de 35 milioane de persoane handicapate sau pensionate (vârsta de pensionare pentru ambele sexe fiind 65 de ani) şi de programul federal Medicaid, care acoperă aproximativ 27 milioane de americani ale căror venituri sunt inferioare pragului stabilit de sărăcie (în a. 1992 – 13,4 mii dolari pentru o familie din patru persoane).

În conformitate cu legislația în vigoare, asigurarea medicală a cetățenilor Republicii Moldova este o formă de protecție socială a sănătății. Ea se efectuează în mod obligatoriu, acoperind întreaga populație, indiferent de vârstă, sex, apartenență socială.

Asigurarea medicală obligatorie este o parte componentă a asigurării sociale de stat şi garantează tuturor cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale de protecție medicală în volumul şi condițiile care corespund programelor asigurării medicale obligatorii.

Asigurarea medicală obligatorie şi asistenţa medicală cetăţenilor se realizează în formă de contracte încheiate, pe de o parte, între antreprenori sau organele autoadministrării locale şi companiile (agenţiile) de asigurare, şi, pe de altă parte, între companiile de asigurare şi instituţiile medicale sau medicii particulari.

Scopul principal al asigurării sociale a sănătăţii cetăţenilor republicii este atragerea alocărilor financiare suplimentare pentru sănătate şi garantarea unui volum mai mare şi de o calitate mai înaltă al serviciilor medicale.

Sursele de finanţare a sistemului de sănătate sunt:

a) mijloacele financiare bugetare (republicane şi locale);

b) mijloacele financiare extrabugetare (cotizaţiile întreprinderilor pentru asigurarea obligatorie a sănătăţii angajaţilor, cotizaţiile cetăţenilor care se ocupă cu lucrul individual, mijloacele personale ale cetăţenilor, veniturile din hârtiile de valoare, creditele bancare, donaţiile filantropice şi de binefacere etc.).

Aceste surse formează bugetul sistemului de sănătate şi Fondul sistemului de asigurare medicală obligatorie.

Mijloacele financiare care formează bugetul sistemului de sănătate sunt utilizate în următoarele scopuri:

- finanţarea programelor medicale complexe cu destinaţie specială aprobate de Guvernul Republicii Moldova;
- pregătirea şi perfecţionarea cadrelor medicale;
- finanţarea cercetărilor ştiinţifice;
- realizarea măsurilor profilactice;
- construcţii capitale şi dezvoltarea bazei tehnico-materiale a instituţiilor sistemului de sănătate;
- subvenţionarea teritoriilor administrative în scopul nivelării condiţiilor de asigurare medicală obligatorie a cetăţenilor, precum şi în scopul achitării serviciilor medicale deosebit de costisitoare;
- finanţarea instituţiilor medicale ce se ocupă de combaterea şi tratamentul maladiilor sociale importante;
- constituirea rezervelor financiare în scopul acordării asistenţei medicale în caz de îmbolnăviri în masă în zonele afectate de calamităţi, catastrofe etc.;
- asigurarea medicală a persoanelor neangajate.

Mijloacele financiare bugetare ale sistemului de sănătate care n-au fost utilizate în anul financiar nu sunt sechestrate, iar la aprobarea alocărilor bugetare pentru anul următor nu sunt luate în considerare.

Mijloacele financiare ale Fondului de asigurări medicale, cele obligatorii se formează din contul defalcărilor făcute de asigurători (Guvernul Republicii Moldova, organele autoadministrării locale, întreprinderi şi organizaţii, persoanele care se ocupă cu munca individuală şi cu munca de creaţie). Fondul de asigurare medicală obligatorie se află în proprietate de stat, nu face parte din bugetele altor fonduri şi nu poate fi sechestrat. Ordinea de colectare a cotizaţiilor de asigurare medicală obligatorie este elaborată de Guvernul Republicii Moldova şi aprobată de Parlament.

Mijloacele financiare destinate asigurării medicale obligatorii sunt transferate companiilor (agenţilor) de asigurare, care prin metode contractuale exercită operaţiuni financiare cu instituţiile medicale şi medicii particulari în schimbul serviciilor medicale prestate.

Asigurarea medicală poate fi exercitată de companiile de asigurare, care sunt subiecţi juridici independenţi cu diverse forme de proprietate şi care posedă fondul statutar necesar pentru realizarea asistenţei medicale în limitele programului obligatoriu de asigurare medicală. Activitatea companiilor de asigurare în cadrul asigurării obligatorii medicale poartă un caracter nonlucrativ, adică fără profit. Organizaţiile de asigurare medicală au dreptul la libera alegere a instituţiei medicale pentru acordarea asistenţei medicale persoanelor asigurate. Companiile de asigurare medicală au dreptul să participe la acreditarea instituţiilor medicale, la stabilirea mărimii cotizaţiilor şi cotelor de asigurare obligatorie şi, de asemenea, la determinarea costurilor serviciilor medicale. În scopul bunei efectuări a procesului de asigurare medicală companiile de asigurare sunt obligate să încheie în termenele stabilite contracte de acordare a asistenţei medicale persoanelor asigurate în diverse instituţii medicale. Prin intermediul experţilor titulari, companiile de asigurare controlează şi verifică îndeplinirea volumului, termenele şi calitatea asistenţei medicale. De asemenea, companiile de asigurare realizează rambursarea unei părţi a cotizaţiei de asigurare asiguratului, dacă acest lucru este prevăzut în contractul de asigurare.

Cetăţenii asiguraţi prin contract colectiv sau individual primesc în companiile de asigurare o poliţă de asigurare medicală în care se indică prenumele şi numele asiguratului, sexul, vârsta, locul de lucru, apartenenţa socială, domiciliul şi termenul de valabilitate al contractului de asigurare. Poliţa de asigurare medicală este valabilă pe întreg teritoriul Republicii Moldova, precum şi pe teritoriile altor state cu care Republica Moldova are încheiate convenţii de asigurare medicală a cetăţenilor.

Asistenţa curativo-profilactică persoanelor asigurate se realizează în baza programelor asigurării medicale obligatorii. Programul de bază al asigurării medicale obligatorii este elaborat de Guvernul Republicii Moldova. Programul determină volumul asistenţei medicale şi condiţiile de asigurare cu medicamente a bolnavilor. În conformitate cu programul unic al asigurării medicale obligatorii cetăţenilor Republicii Moldova li se garantează acordarea, în instituţiile curativo-profilactice, asistenţei medicale de urgenţă, diagnosticarea şi tratamentul maladiilor în condiţii de ambulator, inclusiv la domiciliu, ajutorul medical în staţionare, tratamentul de recuperare medicală, realizarea tuturor măsurilor profilactice. În baza programului de bază al asigurării medicale organele autoadministrării locale elaborează programe teritoriale şi municipale de asigurare medicală obligatorie, ale căror prevederi nu pot fi mai mici decât cele ale programului de bază.

Asistenţa medico-profilactică în cadrul programelor de asigurare medicală obligatorie este acordată de instituţiile medicale acreditate în ordinea stabilită. Prin acreditare se stabileşte dacă nivelul profesional al lucrătorilor medicali şi posibilităţile de diagnosticare şi tratament din instituţia dată corespund cerinţelor necesare pentru îndeplinirea standardelor de calitate (tehnologiilor medicale contemporane) prevăzute de programele de asigurare medicală obligatorie şi benevolă. Acreditării sunt supuse toate instituţiile medicale, indiferent de forma de proprietate.

Conflictele dintre subiecţii juridici participanţi la asigurarea medicală a populaţiei cauzate de nerespectarea prevederilor contractuale sunt soluţionate de către judecători în conformitate cu competenţa lor şi ordinea stabilită de legislaţia Republicii Moldova.

13.3. ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII

13.3.1. ISTORIC

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este o instituție specializată a Organizației Națiunilor Unite, cea mai mare organizație mondială, scopul activității sale fiind „obținerea nivelului de sănătate maxim posibil" pentru toate popoarele. Lărgirea contactelor între state, extinderea colaborării lor economice și de comerț a impus necesitatea elaborării unor măsuri colective împotriva răspândirii unor infecții extrem de primejdioase, cum sunt pesta, holera, variola etc. În 1851, la Paris a avut loc prima conferință mondială consacrată problemei combaterii epidemiilor.

În 1907, a fost creată prima organizație sanitară mondială – Biroul Internațional al Igienei Publice, care a funcționat până în 1946. Ulterior a fost creată Organizația Mondială a Sănătății a cărui Statut a fost ratificat la 7 aprilie 1948. De atunci încoace această zi este consemnată ca Ziua mondială a sănătății.

13.3.2. STRUCTURA OMS

Organul suprem al OMS este ***Asambleea Mondială a Sănătății.*** Sesiunile ei se convoacă în fiecare an în luna mai, ca regulă la Geneva. La acest for sunt invitați reprezentanți ai tuturor statelor-membre și asociate ale OMS. Fiecare țară are dreptul de a fi reprezentată la Asamblee prin 3 delegați.

Activitatea Asambleei include ședințele plenare și ale diverselor comitete. La ședințele plenare sunt aleși: președintele, cinci locțiitori ai lui și președinții comitetelor de bază. În activitatea Asambleei Mondiale a Sănătății participă, de asemenea, reprezentanți ai ONU și ai altor organizații mondiale.

Asambleea trasează direcțiile de bază ale activității OMS, examinează bugetul, soluționează chestiuni privind colaborarea cu alte organizații, primește noi membri în rândurile OMS.

În timpul sesiunii se iau în dezbatere probleme actuale ale ocrotirii sănătății și ale științei medicale. *Limbile oficiale de lucru* ale Asambleii sunt engleza, spaniola, chineza, rusa și franceza.

În perioada dintre sesiunile Asambleii organul superior al OMS este ***Comitetul Executiv*** alcătuit din reprezentanți ai 30 de state-membre ale OMS, care se aleg pe 3 ani.

Sesiunile Comitetului Executiv au loc de două ori în an. Activitatea organizatorică curentă o exercită Secretariatul OMS condus de *Directorul general.* Toate statele membre ale OMS sunt împărțite în 6 regiuni, fiecare având biroul său repartizat: cel african în or. Brazavil, american – la Washington, Sud-Estul Asiei – Deli, Europa – Copenhaga, Estul Mării Mediterane – Alexandria, partea de Vest a oceanului Pacific – Manila.

Sediul OMS, care numără 1,4 mii de colaboratori, este în or. Geneva. În componența OMS intră mai mult de 170 de state. Moldova a fost primită în calitate de membru plenipotențiar al OMS în 1992.

Subdiviziunile OMS activează în domeniul profilaxiei bolilor infecțioase și nontransmisibile, pregătirii cadrelor, dezvoltării științei medicale, sănătății familiei, serviciilor sanitare și igienei mediului ambiant. Activitatea OMS e strâns legată

de cea a birourilor regionale, deşi acestea pot avea particularităţi. De exemplu, biroul regional european dă prioritate programelor consacrate profilaxiei primare şi secundare a bolilor nontransmisibile, coordonării cerinţelor medico-biologice, pregătirii cadrelor etc. Structura ***secretariatului OMS*** este mai mult sau mai puţin stabilă (*figura 44*).

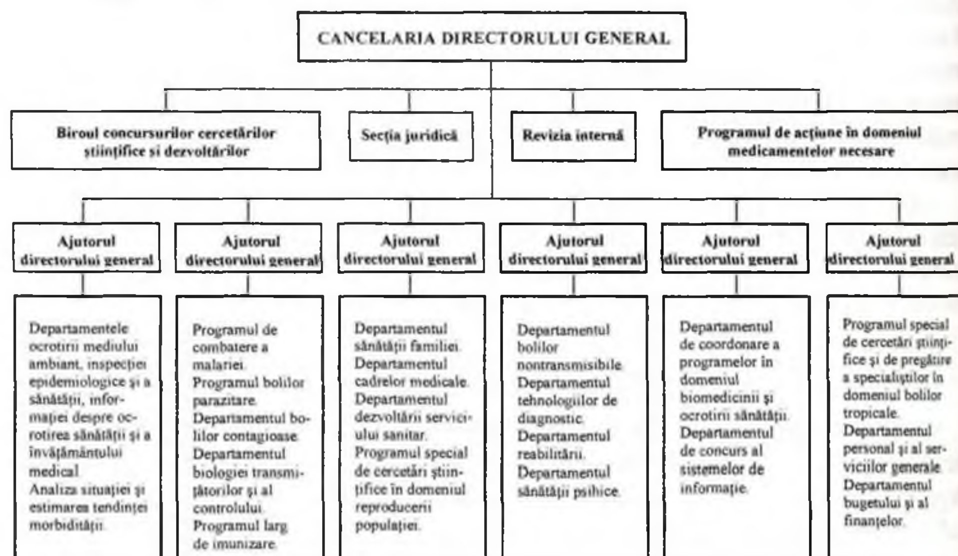


Figura 44. **Structura Secretariatului Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii**

Fiecare organizaţie regională este condusă de un ***Comitet regional,*** alcătuit din reprezentanţii ţărilor-membre. În fruntea biroului regional se află directorul general care este numit de Comitetul Executiv în concordanţă cu Comitetul regional.

Birourile regionale se ocupă cu organizarea şi realizarea măsurilor sanitare ce se impun în ţările care intră în componenţa regiunii date. Aceste măsuri se numesc „proiectele OMS".

Activitatea organizaţiilor regionale este condusă de consultanţii regionali.

13.3.3. ACTIVITATEA OMS

Activitatea OMS este legată în mod direct de dezvoltarea politică şi social-economică a diverselor state, precum şi de tendinţele politice, economice şi sociale internaţionale. ***Direcţiile de bază de activitate*** ale OMS sunt următoarele:

- combaterea bolilor contagioase şi necontagioase;
- acordarea ajutorului necesar unor ţări pentru dezvoltarea serviciilor naţionale de ocrotire a sănătăţii şi pentru pregătirea şi perfecţionarea personalului medical;
- organizarea colaborării în soluţionarea problemelor cu caracter general (carantină internaţională, clasificarea internaţională a bolilor, propagarea informaţiei statistice, specificarea preparatelor farmaceutice şi controlul calităţii lor, aspectele medicale ale controlului internaţional al drogurilor);
- sprijinul cercetărilor ştiinţifice în probleme prioritare de sănătate şi coordonarea lor internaţională.

Programe importante ale OMS în domeniul eradicării unor boli prevăd lichidarea malariei şi a variolei. Afară de aceasta, OMS realizează programul de combatere a tuberculozei, bolilor parazitare, venerice, bolilor virotice (gripă, poliomielită), infecţiilor intestinale (holeră, tetanos, difterie), precum şi programe de studiere a bolilor necontagioase (bolile cardiovasculare, tumorile maligne, bolile psihice ş.a.).

În 1958 Asambleea Mondială a Sănătăţii a adoptat programul de eradicare a variolei care s-a încununat de succes. La începutul anului 1976 endemică în domeniul variolei a rămas doar Etiopia. Eradicarea variolei a devenit o realitate.

OMS ajută ţările în curs de dezvoltare în crearea şi reorganizarea instituţiilor sanitare ce acordă asistenţă medicală mamei şi copilului şi în planificarea ocrotirii sănătăţii. Se preocupă, de asemenea, de pregătirea cadrelor medicale. Cu acest scop în fiecare an sunt acordate numeroase burse care se oferă tinerilor specialişti din diferite ţări.

OMS întreprinde măsurile necesare de carantină internaţională: informarea despre cazurile noi de variolă, pestă, holeră, febra galbenă; elaborarea „regulilor sanitare internaţionale" obligatorii pentru toate ţările şi controlul respectării lor. La sesiunile Asambleii sunt luate în dezbatere probleme privind controlul calităţii şi acţiunii colaterale a medicamentelor şi aspectele medicale ale folosirii drogurilor. OMS se ocupă, de asemenea, cu standardizarea preparatelor farmaceutice şi crearea farmacopeii internaţionale. O dată la 10 ani se efectuează revizuirea clasificării statistice internaţionale a maladiilor, traumatismelor şi cauzelor de deces.

OMS în calitate de coordonator al cercetărilor ştiinţifice medicale sprijină financiar instituţiile ştiinţifice, acordă burse pentru perfecţionarea cadrelor ştiinţifice, finanţează elaborarea programelor ştiinţifice, activitatea comitetelor de experţi. În ultimul timp programele OMS în domeniul cercetărilor ştiinţifice au fost lărgite, acordându-se mai mare atenţie bolilor virotice şi parazitare, precum şi biologiei, farmacologiei şi toxicologiei, igienei mediului şi organizării ocrotirii sănătăţii.

Un loc important ocupă şi activitatea editorială. OMS publică „Buletinul OMS", „Sănătatea mondială" şi alte ediţii periodice. În „Seria referatelor tehnice" sunt publicate numeroase materiale ale şedinţelor de experţi şi grupurilor ştiinţifice. În fiecare an înainte de deschiderea sesiunii ordinare a Asambleii se editează „Darea de seamă a Directorului general al OMS", „Proiectul de program şi devizurile bugetare" etc.

Sursele principale de completare a bugetului le constituie cotizaţiile statelor membre. OMS dispune şi de mijloace alocate în fiecare an de către Fondul copiilor al ONU şi de alte surse de finanţare. În total bugetul OMS atinge câteva sute de milioane de dolari.

Determinarea pe cale ştiinţifică a priorităţilor de activitate, găsirea căilor optime de rezolvare a problemelor actuale ale ocrotirii sănătăţii contribuie la universalizarea activităţii OMS şi realizarea cu succes a programelor sale.

TIPOLOGII
ŞI CARACTERISTICI ALE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Un sistem sanitar poate fi analizat şi caracterizat ţinând cont de două aspecte importante: fluxul financiar şi organizarea sa.

Din punctul de vedere al fluxului financiar, indiferent de tipul sistemului sanitar, există trei mari actori: terţul plătitor, furnizorul şi consumatorul sau pacientul, aşa cum este reprezentat în *figura 45*. În funcţie de diferitele tipuri de relaţii care se realizează între aceştia, se pot descrie mai multe tipuri de sisteme sanitare. O analiză făcută de OECD (a. 1992) a identificat 7 asemenea modele, care vor fi descrise în continuare. Descrierea detaliată a caracteristicilor şi consecinţelor modalităţilor de colectare a fondurilor şi de plată a furnizorilor cuprinse în aceste modele va fi făcută ulterior, în secţiunea referitoare la finanţare.

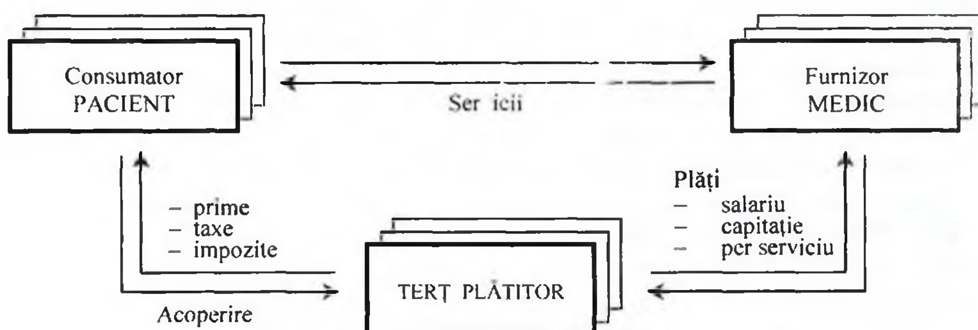


Figura 45. **Fluxul financiar în sistemul de sănătate**

14.1. MODELUL CU PLATĂ VOLUNTARĂ – „DIN BUZUNAR"

Figura 46 descrie prima şi cea mai simplă formă a pieţei sanitare private, fără asigurări, cu plata directă, din buzunar, pe baza tranzacţiilor directe dintre consumatorii şi furnizorii de servicii medicale. Liniile continue arată fluxul serviciilor, cele întrerupte – pe cel al banilor, iar cea curbată – pe cel al trimiterilor. Furnizorii sunt schiţaţi ca multipli pentru a arăta că există competiţie între ei, indusă de consumatori (deseori însă existând reglementări restrictive).

Plata serviciilor depinde de capacitatea de plată. Atunci când veniturile sunt insuficiente sau când cheltuielile sanitare sunt neaşteptat de mari, modelul nu asigură un acces adecvat şi echitabil la asistenţa sanitară. De asemenea, eficienţa micro- şi macroeconomică este dubitabilă. Chiar dacă consumatorii au libertate de alegere deplină, suveranitatea pacientului este discutabilă din cauza existenţei unei puternice asimetrii informaţionale între pacienţi şi medici, ca şi din cauza

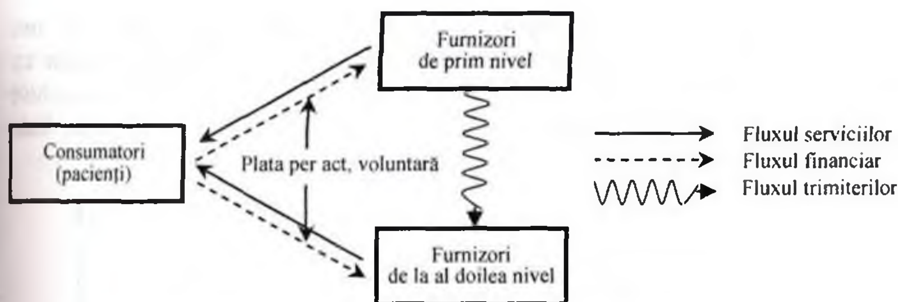


Figura 46. **Plata voluntară, „din buzunar", pentru asistența medicală**

monopolului deținut de furnizorii medicali. Acest model este satisfăcător doar pentru intervenții minore sau de rutină.

Modelul cu plată voluntară joacă doar un rol minor, suportiv, în cadrul altor sisteme. El este utilizat, mai ales, pentru plata medicamentelor, în totalitate sau parțial. De asemenea, consultațiile medicale private pot fi plătite astfel. Aproape toate principiile ce stau la baza politicilor de sănătate moderne ar rămâne nesatisfăcute prin utilizarea unui astfel de mecanism de plată.

14.2. MODELUL DE ASIGURARE VOLUNTARĂ CU RAMBURSAREA PACIENȚILOR

Funcționarea piețelor medicale private poate fi întărită prin introducerea asigurărilor de sănătate voluntare, rămânând însă în continuare efecte secundare nedorite. *Figura 47* arată acest model cu rambursarea pacienților pentru cheltuielile medicale, total sau parțial, și cu o interferență minimă în tranzacțiile medic/pacient. Modelul implică:

- plata directă, per act, a furnizorilor;
- competiție dintre companiile de asigurare;
- prime în funcție de riscurile individuale;
- nu există legături între furnizori și asigurători;
- rambursarea banilor pacienților pentru serviciile medicale acoperite de polițele lor de asigurare.

Poate exista împărțirea costurilor între pacienți și asigurători. În diagramă se poate remarca distincția dintre pacienții care utilizează serviciile și populația care plătește taxele.

Acest model este considerat superior plății directe, pacienții putându-se asigura împotriva unor cheltuieli medicale neașteptate prin intermediul primelor plătite. Totuși, costurile administrative dintr-un asemenea sistem adaugă cca 10% la costurile primelor medicale actuariale. De asemenea, mai sunt descrise două alte dezavantaje. Mai întâi, atunci când consumatorul este protejat de aceste asigurări, apare fenomenul de hazard moral: nu există stimulente pentru reducerea cererii, care poate fi indusă chiar de către furnizori (medici). Al doilea dezavantaj major constă în apariția inechității sistematice, accesul la asigurări și deci la asistența medicală va fi în relație cu capacitatea de plată.

Companiile private de asigurare vor încerca să scape de persoanele cu risc crescut de îmbolnăvire sau să le stabilească prime mari: ca atare, persoanele cu afecțiuni preexistente și cu venituri reduse vor avea mari dificultăți și vor fi excluse de la asigurările private de sănătate, apărând fenomenul selecției adverse. Este modelul „convențional" pentru SUA, dar rar pentru Europa.

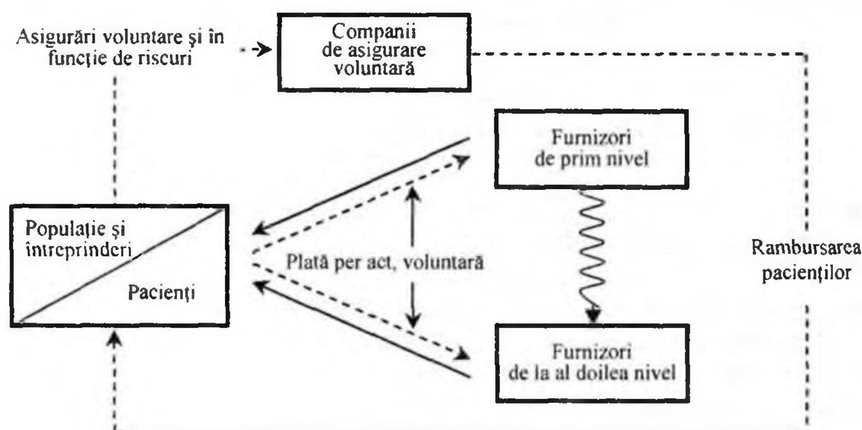


Figura 47. **Asigurarea voluntară cu returnarea banilor plătiți de pacienți**

Modelul este utilizat preponderent pentru alte sectoare decât cel medical (asigurări de viață, de bunuri.). Se întâlnește în piața privată din Marea Britanie și Olanda.

14.3. MODELUL DE ASIGURARE OBLIGATORIE CU RAMBURSAREA PACIENȚILOR

Problemele legate de echitate și selecția riscurilor întâlnite în modelul anterior pot fi diminuate prin introducerea obligativității asigurărilor în funcție de venituri (o cotă procentuală din venitul individual), fapt ce duce la fenomenul „solidarității", cei „bogați" cotizând și pentru cei cu venituri mai reduse. *Figura 48* descrie acest model cu aceleași mari principii întâlnite și anterior:

– plata directă (per act) a medicilor de către pacienți;
– prime obligatorii în funcție de venituri;
– fonduri finanțatoare care nu sunt în competiție;
– nu există conexiuni între furnizori/finanțatori;
– rambursarea cheltuielilor făcute de pacienți în concordanță cu cele prevăzute în schema de asigurare;
– poate, de asemenea, exista împărțirea costurilor între pacient și asigurător.

Deși pot exista multiple fonduri de boală (după localizarea geografică, profesiune etc.) și chiar libertatea cetățenilor de a alege fondul, trebuie să existe prime uniforme și subsidiaritate între fonduri pentru a prezerva principiul solidarității menționat anterior, deci competiția nu poate avea loc.

Deși prin acest model se poate obține o anume echitate în accesul la serviciile sanitare și plata lor, continuă să persiste unele din problemele întâlnite la modelul

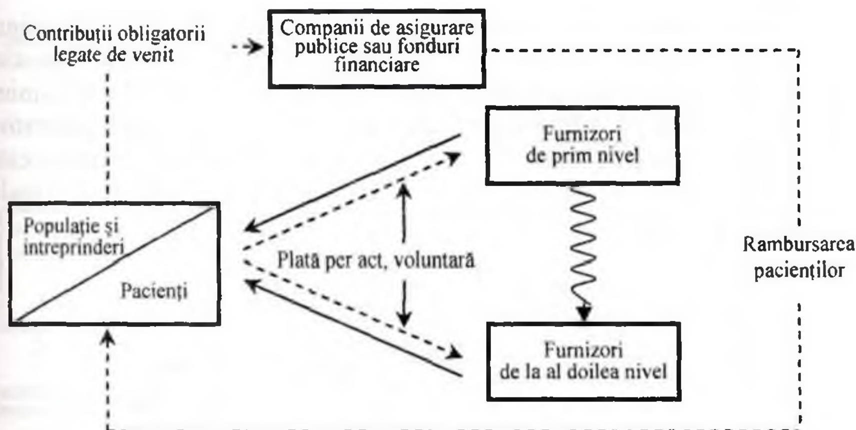


Figura 48. **Asigurarea obligatorie cu returnarea banilor plătiţi de pacienţi**

privat echivalent: hazardul moral, cererea indusă de ofertă şi tendinţa spre costuri administrative mari. Din nou hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea coplăţilor.

Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia şi Franţa.

14.4. MODELUL DE ASIGURARE VOLUNTARĂ CONTRACTUALĂ

Pieţele private europene au realizat de multă vreme aranjamente de asigurare voluntară care implică relaţii contractuale între asigurători şi furnizorii independenţi.

Aceste aranjamente permit anumitor furnizori să realizeze servicii medicale parţial sau total „gratuite" pentru asiguraţi. *Figura 49* arată un astfel de model cu:

- servicii furnizate liber pacienţilor asiguraţi;
- competiţie între companiile de asigurare;
- prime de asigurare fixe, comunitare de obicei;
- plata per act sau capitaţie prin intermediul terţului plătitor;
- competiţia dintre furnizori (linia punctată) este dirijată de asigurători şi nu de pacienţii individuali.

Acest model a fost sau este întâlnit în diferite variante: asigurătorul poate fi controlat de consumatori, de doctori sau de alţi furnizori, de organizaţii private independente atât ale furnizorilor, cât şi ale consumatorilor.

Aceste scheme pot acoperi practica primară, ca şi pe cea spitalicească, caracteristicile esenţiale ale acestui model fiind:

– opţiunea consumatorilor este de obicei restrânsă de contractele încheiate cu anumiţi furnizori;

– asigurătorul posedă atât stimulent, cât şi mijloace de a negocia servicii economice, dar şi de calitate bună pentru consumatorii care cotizează.

Dacă asistenţa spitalicească este furnizată sub acest model, atunci medicii din asistenţa primară acţionează, de obicei, ca un filtru pentru pacienţi.

Acest model poate fi unul mai eficient, datorită puterii deținute atât de asigurător, cât şi de rolul de filtru al medicului de asistență primară. Atunci când doctorii sunt şi proprietarii companiei de asigurare, acest avantaj potențial se diminuează considerabil. Există, de asemenea, potențialul de a avea costuri administrative mai scăzute, ca în modelul de asigurare convențional, de asemenea, calitatea prestațiilor fiind rezervată. Dezavantajele majore sunt legate de capacitatea redusă în realizarea echității şi solidarității.

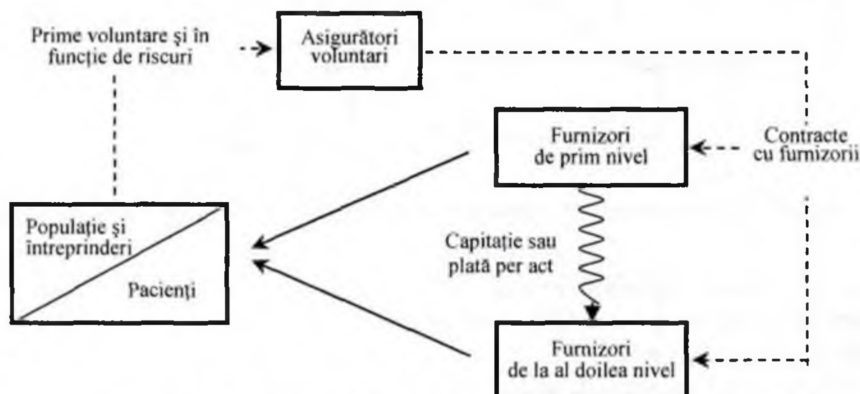


Figura 49. **Asigurare voluntară cu contracte furnizor/asigurător**

În Europa aceste modele au fost abandonate, deoarece se adresau în principal celor care lucrau, lăsând neacoperită o parte importantă a populației. De asemenea, erau nepopulare printre doctori, din cauza puterii financiare locale care îngrădea sensibil veniturile medicilor, fiind înlocuite de fondurile de asigurare obligatorie cu remunerarea medicilor per act cu tarife negociate central.

14.5. MODELUL PUBLIC CONTRACTUAL

Acest model se regăseşte frecvent în schemele de asigurări obligatorii europene. *Figura 50* evidențiază:

– servicii furnizate consumatorilor eligibili în mod liber:
– contribuții obligatorii, legate de venituri;
– plata per act sau capitație prin intermediul fondurilor de asigurare către furnizorii independenți.

Şi acest model poate avea mai multe variante.

Sursa de finanțare poate fi impozitul general şi nu doar primele de asigurare. Terțul plătitor poate fi, în locul fondurilor de boală, guvernul central sau local sau chiar doctorii de prim nivel pentru cel de la al doilea nivel. Spitalele pot fi organisme publice.

Principalele caracteristici ale acestui model sunt:

– terțul plătitor este un organism public, care are relații contractuale cu furnizorii; altfel spus, există o separare între finanțatori şi plătitori;
– metoda de plată este dependentă de cantitatea şi calitatea muncii prestate.

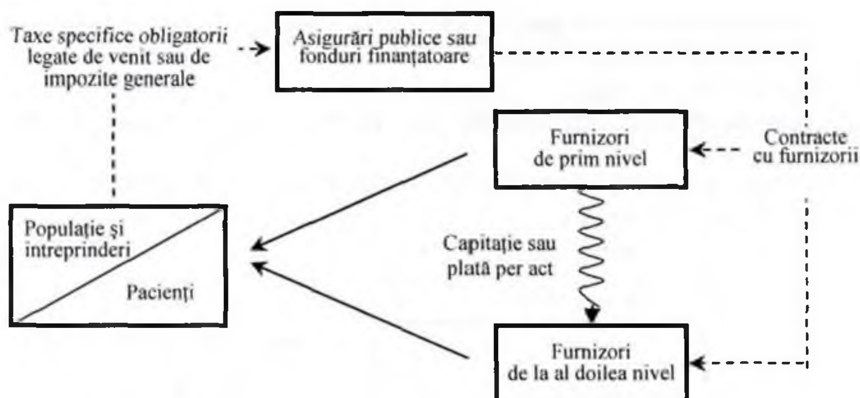


Figura 50. **Asigurări obligatorii cu contracte între asigurător și furnizor**

Pentru furnizorii europeni aflați în acest tip de sistem este comun să fie liberi să facă contracte cu orice fond de asigurări, pe baza principiului „libertății de alegere". Acest aspect sporește opțiunile pacienților, prin comparație cu modelul voluntar, dar cu prețul transformării fondurilor de boală locale în simple oficii de plată pasive. Acest aspect reduce puterea locală a fondurilor (monopson). Ca rezultat, negocierea tarifelor are loc, de regulă, între reprezentanții regionali sau naționali ai furnizorilor și finanțatorilor. Acest lucru combinat cu libertatea alegerii furnizorului conduce la competiția dusă de pacient față de cantitatea și calitatea serviciilor, dar nu și față de preț.

Modelul contractual public are multe din caracteristicile versiunii private. Menține libertatea de alegere a furnizorilor de către pacienți, deși acest lucru depinde de natura clauzelor contractuale. Nu oferă, de regulă, libertatea alegerii asigurătorului. Eficiența macroeconomică tinde să devină responsabilitatea guvernului, existând și un grad sporit de microeficiență. Dacă plata e prin capitație, se pot face economii substanțiale prin comparație cu modelul bazat pe rambursarea cheltuielilor. De asemenea, costurile administrative sunt mai scăzute. Fiind obligatorii, asigură acoperire universală și nivelul de echitate dorit.

Acest model este dominant pentru asistența primară în Germania, Irlanda, Anglia și pentru spitale în Germania, Belgia, Olanda, Marea Britanie. E utilizat parțial și pentru asistența primară în Franța și Belgia.

Totodată, este modelul, în jurul căruia se centrează multe din reformele sistemelor de sănătate contemporane.

14.6. MODELUL DE ASIGURARE VOLUNTARĂ CU INTEGRARE ÎNTRE FURNIZOR ȘI ASIGURĂTOR

La începutul dezvoltării pieței medicale private europene, unele grupuri de asigurători au considerat mai util să angajeze medici cu salariu și să fie și proprietarii facilităților medicale, mai ales pentru asistența primară.

Figura 51 arată caracteristicile acestui model:

- servicii furnizate liber pacienţilor;
- competiţie între asigurători;
- prime voluntare, fixe;
- integrare verticală între asigurători şi furnizori, cu plata prin salarii şi bugete prospective;
- libertatea de alegere a medicului de către pacienţi este limitată de alegerea companiei de asigurare.

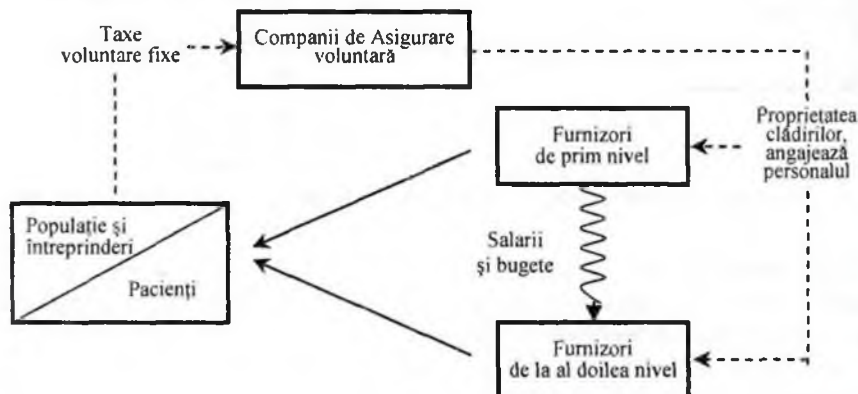


Figura 51. **Asigurare voluntară cu integrare între furnizor şi asigurător**

Astfel, acest model prezervă libertatea alegerii companiei de asigurare, dar restrânge scala furnizorilor. Are un bun potenţial pentru eficienţă micro- şi macroeconomică prin:

- stimulentele competiţiei;
- managementul furnizării serviciilor medicale (prin „filtrele" asistenţei primare şi contractele la angajare);
- economii administrative prin integrare verticală.

Deşi pot exista stimulente pentru subutilizarea serviciilor, acestea sunt contrabalansate de nevoia companiei de asigurare de a atrage şi menţine consumatorii într-o piaţă liberă competitivă. Ca orice model voluntar şi cu acest model este dificil de a obţine protecţia grupurilor vulnerabile, deoarece dobândirea asigurării este dependentă de capacitatea de plată, iar grupurile cu risc vor trebui să plătească mai mult.

Este tipul utilizat în SUA în HMO (organizaţii integrate de furnizare a serviciilor de sănătate), fiind puţin utilizat în Europa.

14.7. MODELUL DE ASIGURARE OBLIGATORIE CU INTEGRARE ÎNTRE FURNIZOR ŞI ASIGURĂTOR

Varianta publică a modelului anterior a fost larg adoptată în sistemele obligatorii. *Figura 52* arată caracteristicile acestui model:

- servicii furnizate liber pacienţilor;
- terţi plătitori organizaţi de organisme finanţatoare publice, de obicei, autorităţile publice centrale sau locale;
- finanţare prin contribuţii legate de venituri, obligatorii, deseori din impozite generale;
- plata medicilor se face de obicei prin salarii şi bugete prospective.

În general, în acest model, guvernul este atât asigurătorul, cât şi furnizorul principal (chiar şi în SUA, unde există Departamentul de Stat pentru Veterani, ca exemplificare a acestui model). Pot exista şi aici variante ale modelului, incluzând finanţarea prin asigurări sociale. De regulă, consumatorii nu au libertatea de alegere a asigurătorului.

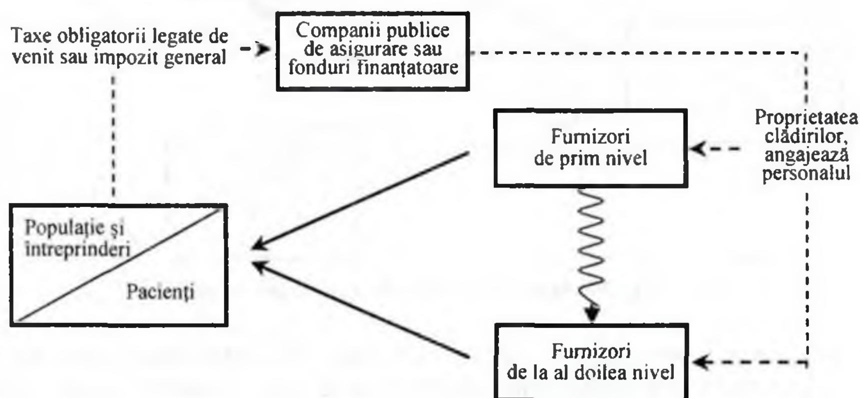


Figura 52. **Asigurare obligatorie cu integrare între furnizor şi asigurător**

Versiunea publică a modelului integrat duce la limitarea libertăţii alegerii atât a furnizorilor, cât şi a asigurătorilor. Prin comparaţie cu modelul integrat privat, tendinţa de subutilizare a serviciilor nu mai e contrabalansată de necesitatea de a atrage şi menţine noi clienţi, de vreme ce asigurarea este obligatorie. Comparativ cu modelul contractual public, alegerea de către pacient a medicului de asistenţă primară şi de către acesta a spitalului, deşi există teoretic, practic este ineficientă. Banii nu urmează pacientul când plata se face prin salarii şi bugete globale. Astfel, furnizorii eficienţi sunt „stimulaţi" prin mai multă muncă, dar nu şi prin resurse sporite. Furnizorii ineficienţi sunt recompensaţi printr-o viaţă liniştită şi aceleaşi resurse. „Coada" pentru servicii este frecventă, iar pacienţii sunt trataţi ca nişte recipienţi pasivi, şi nu ca nişte „clienţi" ce trebuie mulţumiţi.

Lipsesc şi stimulentele pentru ca furnizorii să-şi minimizeze costurile. De exemplu, cheltuielile reduse ale unui spital nu pot fi păstrate, ci de obicei sunt urmate de o reducere a bugetului pentru anul următor.

Eficienţa macroeconomică este responsabilitatea guvernului şi, datorită naturii integrate a modelului, acestuia îi este relativ simplu să controleze cheltuielile sanitare, la nivelul dorit. De asemenea, acest model este capabil să realizeze şi economii administrative mai mari faţă de modelul contractual. Datorită obligativităţii, poate asigura acoperirea universală a populaţiei şi nivelul dorit de echitate.

Este modelul dominant în Spania şi, pentru spitalele publice din Franţa şi Irlanda, ca şi pentru spitalele din Marea Britanie înainte de reforma actuală. A fost, de asemenea, comun fostelor regimuri socialiste.

Se poate aprecia în acest context că modelul românesc al sistemului de asigurări de sănătate se apropie cel mai mult de ceea ce am descris sub denumirea de model public integrat, aşa cum se poate observa şi din *figura 53*, cu avantajele şi dezavantajele menţionate anterior.

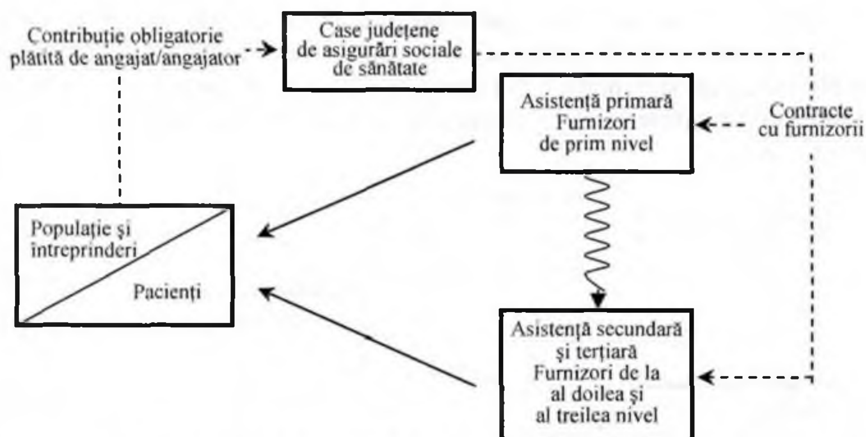


Figura 53. **Modelul românesc de asigurări de sănătate**

Un alt criteriu care trebuie să fie analizat atunci când se discută despre alegerea unui tip de sistem de sănătate este rolul pe care statul, prin diferitele sale agenţii, îl are. Unii autori propun o tipologie a sistemelor sanitare bazată pe rolul statului în finanţarea şi organizarea asistenţei medicale (Rodwin V. şi Vlădescu C., 1995). Matricea prezentată aici (*tabelul 64*) arată că nu există sisteme „pure": nici un sistem total naţionalizat, nici în întregime privatizat. Din acest punct de vedere, se pot descrie sisteme liberale, sisteme naţionalizate şi sisteme intermediare.

Tabelul 64

ORGANIZAREA ŞI FINANŢAREA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Organizare	Finanţare			
	Prin impozit Sistem fiscal de stat	Prin cotizaţii Sistem parafiscal Asigurări sociale	Prin prime voluntare de asigurări. Sistem privat sau mutual	Taxe de utilizare Plata directă a utilizatorilor
Public	1	2	3	4
Privat nonprofit	5	6	7	8
Privat pentru profit	9	10	11	12

Sistemele liberale au ca exemple SUA şi Elveţia (până la momentul introducerii obligativităţii asigurărilor). Sistemele liberale se caracterizează, în esenţă, printr-o adeziune voluntară la asigurările de sănătate, o descentralizare importantă a politicilor sanitare şi o organizare pluralistă a medicinei, dominată – în sectorul ambulatoriu – de medicina liberală (medici cu practici private, remuneraţi per act). În acelaşi timp, chiar şi în acest model, sectorul public are un rol important. Astfel, o treime din paturile spitalelor din SUA aparţine sectorului public (*tabelul 65*). Spre deosebire de Elveţia, unde 85% din paturile spitalelor sunt în sectorul public, majoritatea paturilor spitaliceşti din SUA (56%) se află în sectorul privat nonprofit; în acelaşi timp, în SUA există şi un important număr de paturi ce revin sectorului privat pentru profit (11%). Contrar Elveţiei, unde majoritatea asistenţei pentru profit este organizată în clinici particulare, în SUA acest sector este organizat sub formă de reţele naţionale cotate la bursă.

Tabelul 65

Organizarea spitalelor prin prisma raportului numărului de paturi din sectorul public şi cel privat (%)

Sector	Sisteme publice			Sisteme intermediare			Sisteme private		
	Marea Britanie	Suedia	Germania	Canada	Franţa	Japonia	Olanda	Elveţia	SUA
Public	92.0	92.4	51.0	98.0	63,0	33.0	15.0	85.0	33,0
Privat nonprofit	–	7,6	35,0	2,0	11.0	67,0	85.0	6,0	56.0
Privat pentru profit	8,0	–	14.0	–	26.0	–	–	8,0	11,0

Asistenţa ambulatorie, atât în SUA, cât şi în Elveţia, este furnizată mai ales de medici generalişti şi specialişti, lucrând în cabinete private şi în serviciile de consultaţii externe ale spitalelor, precum şi în serviciile spitaliceşti de urgenţă.

Există, de asemenea, centre de sănătate în majoritatea oraşelor, ca şi un sistem de dispensare pentru serviciile de sănătate publică. Inovaţia cea mai importantă în organizarea sanitară din SUA este reprezentată de sistemele de asistenţă medicală coordonată (HMO). În esenţă, această structură reuneşte atât finanţatorii, cât şi furnizorii de servicii medicale, cu scopul de a reduce cheltuielile; în general, în aceste organizaţii, medicii sunt plătiţi prin salarii, cu posibilitatea obţinerii unor bonificaţii anuale, în funcţie de eficienţa respectivelor instituţii, circuitul financiar caracteristic fiind descris anterior, în secţiunea rezervată modelului de asigurare voluntară cu integrare între furnizor şi asigurător. Pacienţii americani plătesc direct 23% din cheltuielile sanitare, faţă de 31% în Elveţia. Asigurările private americane finanţează 31% din cheltuielile sanitare; în Elveţia cifra echivalentă este de 41%. În ceea ce priveşte cheltuielile guvernamentale (sistemul fiscal), cele din SUA depăşesc cu mult pe cele din Elveţia: 42% faţă de 25%, participarea guvernului federal al SUA la finanţarea asistenţei sanitare făcându-se prin intermediul Administraţiei de Finanţare a Asistenţei Medicale (HCFA) prin două programe naţionale de asigurări de boală: *Medicare*, care acoperă populaţia de peste 65 de ani, pe bolnavii cu insuficienţă renală, ca şi pe invalizi, şi *Medicaid*, care se adresează grupurilor sociale cele mai defavorizate. Ambele programe sunt finanţate prin cotizaţii sociale, ca şi prin contribuţii ale guvernelor locale şi federal, şi prin prime voluntare.

În ceea ce priveşte companiile de asigurări din SUA, majoritatea sunt companii private pentru profit, spre deosebire de Elveţia, unde sunt nonprofit. Asigurările private sunt finanţate prin cotizaţii voluntare (opţionale) plătite atât de salariaţi, cât şi de patroni, cuantumul primelor variind în funcţie de serviciile asigurate.

Sistemele naţionalizate au ca exemplu tipic Marea Britanie. Aceste sisteme (uneori numite şi socializate) se caracterizează prin universalitatea acoperirii populaţiei cu asistenţă medicală, o structură organizatorică ce reglementează accesul la medicul specialist şi o finanţare majoritară din impozite de stat (prin sistemul fiscal). Există şi un sector privat „pentru profit", atât în planul asigurărilor, cât şi al prestaţiilor medicale.

Ca şi în Suedia, spitalele din Marea Britanie aparţin sectorului public. Spre deosebire de Suedia, unde sectorul privat este majoritar nonprofit, în Marea Brita-

nie există un sector sanitar privat pentru profit, cât şi un sector privat în interiorul spitalelor publice.

Paturile plătite din spitalele publice reprezintă 2% din totalul numărului de paturi ale Serviciului Naţional de Sănătate (NHS), tratând 2% din cazurile netratate în NHS. În 1992 existau 192 de spitale private cu 97 772 de paturi, de trei ori mai mult decât paturile plătite din interiorul NHS. Aceste două tipuri de paturi (8% din capacitatea spitalicească) asigură asistenţa medicală pentru circa 11% din populaţia britanică, care este acoperită prin asigurări de sănătate private; în acelaşi timp, asistenţa medicală furnizată în mod privat nu reprezintă decât 4% din cheltuielile naţionale sanitare britanice. Cu toate acestea, se consideră că practica privată permite rezolvarea cererilor nesatisfăcute de NHS, permiţând şi evitarea listelor de aşteptare pentru diferite tipuri de servicii medicale deficitare.

Din 1990, NHS este angajat într-o reformă organizaţională: în esenţă, este vorba de introducerea unor mecanisme de piaţă în interiorul unui sistem public. Autorităţile sanitare districtuale se transformă din gestionari în cumpărători de servicii sanitare pentru populaţia arondată; medicii generalişti, care reprezintă filtre în calea asistenţei specialiştilor, pot deveni gestionari de fonduri din care să plătească serviciile medicale ale pacienţilor de pe listele lor. În fine, spitalele publice pot deveni trusturi independente, libere să-şi stabilească politicile de personal şi să încheie contracte pentru serviciile furnizate atât cu autorităţile sanitare districtuale, cât şi cu medicii generalişti deţinători de fonduri. Aceste proprietăţi au fost menţinute în liniile caracteristice şi după schimbarea puterii politice.

Ca şi în Suedia, în Marea Britanie asistenţa medicală este finanţată majoritar prin sectorul public. Contrar modelului britanic, caracterizat prin centralism ierarhic, Suedia are o mare descentralizare la nivelul fiecărei regiuni. Finanţarea NHS provine mai ales din impozite generale (79%); ponderea asigurărilor sociale este de 16%, iar 5% reprezintă finanţarea directă a utilizatorilor.

Este solicitată o plată minimă pentru prescripţiile medicamentoase. Generaliştii sunt plătiţi pe baza capitaţiei, în funcţie de numărul persoanelor înscrise pe listele lor. În afara acestei capitaţii, generaliştii mai primesc o alocaţie în funcţie de locul unde îşi desfăşoară activitatea şi o sumă (cca 30% din venitul total) pentru acte de medicină preventivă şi servicii, precum şi pentru vizitele la domiciliu sau cele din cursul nopţii; medicii din spitale sunt plătiţi prin salariu.

Sistemele intermediare, prin definiţie, combină anumite caracteristici ale celorlalte două tipuri de sisteme, respectiv universalitatea accesului, organizarea pluralistă a sistemului medical, practica medicală liberală şi o finanţare pluralistă dar bazată îndeosebi pe cotizaţii sociale.

În ceea ce priveşte asistenţa spitalicească, există o mare diversitate a ponderii sectorului public sau privat. Astfel, rolul sectorului public variază de la un maximum în Canada la un minimum în Olanda. Sectorul privat pentru profit atinge maximul în Franţa (26%). În modelul francez, 63% din paturile de spital aparţin sectorului public. Restul asistenţei spitaliceşti (37%) aparţine sectorului privat; din acesta, 68% din paturi sunt în clinici pentru profit. Serviciile ambulatorii franceze sunt furnizate de medici lucrând în cabinete private, în mai mare parte chiar decât în SUA. Există şi servicii ambulatorii în spitalele publice, furnizate de medicii spitalelor, precum şi de medicii „asociaţi" din sectorul privat.

Prin comparaţie cu celelalte două tipuri de sisteme, taxele suportate direct de cetăţenii din sistemele medicale intermediare sunt inferioare celor din sistemele liberale şi superioare celor din sistemele naţionalizate. Astfel, cu excepţia Canadei, cotizaţiile sociale obligatorii domină finanţarea acestor sisteme. Această dominaţie variază de la 74% în Franţa, la 60% în Germania şi la 56% în Japonia. Rolul statului în finanţarea sistemelor intermediare variază de la 74% în Canada, la 31% în Japonia, la 21% în Germania şi 1,1% în Franţa; cotizaţiile sociale de boală sunt plătite în proporţii ce variază în funcţie de ţară şi de casa de asigurare atât de patroni, cât şi de salariaţi.

În funcţie de sursele de finanţare au fost descrise trei tipuri de sisteme de sănătate:

- ***Sistemul de asigurări sociale de sănătate*** – numit şi sistemul Bismarck, după numele celui care l-a introdus în Germania, la sfârşitul secolului al XIX-lea, bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri, şi nu de starea de sănătate a celor asiguraţi.
- ***Sistemul naţional de sănătate*** – numit şi model Beveridge, de asemenea, după numele celui care l-a introdus în Marea Britanie după cel de-al doilea Război Mondial – finanţat prin impozite.
- ***Sistemul voluntar de asigurări*** – caracteristic pieţei private de sănătate, cu finanţare privată. primele de asigurare fiind corelate cu riscurile asiguraţilor.

Trebuie, însă. amintit că modul de strângere a fondurilor reprezintă doar o parte a unui sistem sanitar, modul de distribuire a acestora către furnizori fiind. de fapt, cel care determină performanţa sistemului.

Astfel. **principalele surse de colectare a fondurilor** pentru asistenţa sanitară sunt următoarele:

Impozitele generale, care sunt colectate la bugetul statului şi apoi distribuite sectorului sanitar conform bugetului aprobat de organismul abilitat.

Prime de asigurare obligatorii pentru toată populaţia. indiferent de starea de sănătate a celor care plătesc; aceste prime reprezintă un procent fix din venitul celor asiguraţi. nefiind corelate cu riscurile de îmbolnăvire a celor care se asigură. De obicei, primele respective reprezintă un procent fix din venitul salariaţilor şi din cel al firmelor, fiind denumite asigurări sociale de sănătate.

Prime de asigurare voluntare (opţionale), care sunt corelate cu starea de sănătate a persoanelor asigurate sau, altfel spus, cu riscul de a se îmbolnăvi ori cu riscurile unei anumite comunităţi; datorită acestui aspect, primele de asigurare plătite variază, ducând la apariţia fenomenului cunoscut sub numele de „selecţie adversă", adică la formarea a două poluri: unul alcătuit din cei cu riscul de boală ridicat ce ar trebui să plătească prime foarte mari, pe care nu şi le pot permite, şi altul format din cei care au riscul de a se îmbolnăvi foarte scăzut şi care consideră primele de asigurare prea mari pentru starea lor de sănătate şi, ca atare, nu subscriu la acest sistem de asigurări, ambele grupe rămânând neasigurate.

Plata directă a serviciilor medicale, „din buzunar", în momentul utilizării lor, acest tip fiind în prezent rar întâlnit în ţările vestice, de obicei fiind vorba de *coplăţi* (adică de acoperirea unui procent limitat din costul serviciilor medicale care nu este acoperit de asigurarea de bază).

În ceea ce priveşte modul de plată al furnizorilor de asistenţă sanitară, există numeroase mecanisme (per capita, bugete globale, per act, salarii etc.), însă nu există o legătură directă între modul de strângere a fondurilor şi felul în care banii sunt redistribuiţi; în esenţă, principalele mecanisme de redistribuire a banilor către furnizorii de servicii sanitare sunt următoarele:

Plata prin salariu, în care personalul este plătit în funcţie de numărul de ore lucrate şi al cărui dezavantaj major constă în lipsa de corelare dintre volumul şi calitatea muncii depuse şi venitul realizat, în plus neexistând o cointeresare a medicului faţă de procedurile medicale mai eficiente din punct de vedere economic; avantajul principal constă în relativa simplitate a administrării unui astfel de sistem.

Plata per capita, prin care fiecare medic primeşte o sumă fixă pentru fiecare cetăţean care se înscrie pe lista sa, indiferent dacă acesta se va îmbolnăvi sau nu, sumele variind în funcţie de diferiţi parametri (vârsta celor înscrişi, zona geografică în care este situat respectivul cabinet medical etc.); ca avantaj al acestei metode este considerat faptul că medicii plătiţi prin capitaţie vor intra în competiţie pentru a atrage cât mai mulţi clienţi pe listele lor, ceea ce va duce la creşterea calităţii actului medical; ca dezavantaj, se citează creşterea numărului de trimiteri către asistenţa medicală secundară, medicii încercând astfel să reducă volumul de muncă propriu.

Plata per act, în care medicii sunt plătiţi pentru fiecare activitate medicală prestată cu o sumă de bani prestabilită; principalul avantaj al acestei metode este că asigură o remuneraţie în concordanţă cu volumul de muncă depus, dezavantajul constând în inflaţionarea actelor medicale şi în costurile ridicate necesare administrării unui asemenea sistem.

Mecanismele menţionate anterior se referă la modalitatea de plată a furnizorilor individuali de servicii medicale (medicii), plata instituţiilor medicale (spitale), făcând apel şi la alte mecanisme mai complicate, precum plata pentru ziua de spitalizare, în funcţie de secţie, plata pentru anumite grupe de boli (mecanism cunoscut sub abrevierea de DRGs, de la „diagnosis-related-groups"), acordarea de bugete globale anuale spitalelor.

Deşi nu există o intercondiţionare directă, se constată că sistemele bazate pe impozitele generale ca sursă de finanţare folosesc mai ales salarizarea şi plata per capita pentru plata medicilor, în timp ce sistemele bazate pe asigurări (obligatorii sau nu) utilizează preponderent plata per act. O explicaţie pentru acest aspect este faptul că în sistemele naţionale de sănătate este (mai) dificil de a introduce prestaţia pe bază contractuală, care este regulă în sistemele bazate pe asigurări. La fel ca şi în cazul finanţării, trebuie însă menţionat că nu există sisteme care să utilizeze doar unul din aceste mecanisme.

Indiferent de tipul de sistem sanitar predominant, majoritatea ţărilor OECD au aderat la următoarele principii de funcţionare pentru politicile lor sanitare:

- acces universal şi echitabil la un pachet minim de servicii de sănătate;
- eficienţă macroeconomică: costurile asistenţei de sănătate nu trebuie să depăşească o proporţie rezonabilă din resursele ţării respective (în general, „rezonabilul" în aceste ţări variază între 7% şi 9% din PIB);
- eficienţă microeconomică: gama serviciilor trebuie să garanteze, pentru un cost minim, rezultate bune în planul sănătăţii şi al satisfacţiei pacienţilor;
- libertate de alegere din partea pacienţilor;

– autonomia prestatorilor/furnizorilor de servicii de sănătate;

– protecţia veniturilor: pacienţii nu trebuie să plătească servicii medicale prea scumpe în raport cu veniturile lor; preţurile acestora ar trebui să fie legate de capacitatea lor de plată, ceea ce înseamnă prevenirea situaţiilor în care costul unui tratament ar putea ameninţa existenţa normală a unui individ sau a unei familii;

– implicarea statului în piaţa serviciilor medicale şi responsabilitatea sa pentru asistenţa sanitară a propriilor cetăţeni.

Majoritatea statelor dezvoltate economic şi-au elaborat politicile sanitare pe bazele acestor principii comune, diferite fiind doar modalităţile de punere a lor în practică.

Trebuie menţionat că nici o ţară nu îşi finanţează serviciile sanitare exclusiv printr-un singur mecanism, ci că unul din următoarele mecanisme este predominant la un moment dat:

– finanţare guvernamentală pe baza impozitelor, fie ele naţionale sau locale;
– asigurare socială de sănătate;
– asigurare privată de sănătate;
– plata directă a serviciilor de către pacienţi.

În continuare sunt prezentate principalele modalităţi de finanţare întâlnite în unele ţări occidentale, în funcţie de aceste tipuri de colectare a fondurilor definindu-se trei tipuri mari de sisteme de sănătate:

– **Sisteme naţionale de sănătate,** unde predomină finanţarea prin impozite globale, redistribuite prin bugetul de stat;

– **Sisteme de asigurări sociale de sănătate,** bazate pe contribuţiile obligatorii (prime) către unul sau mai multe fonduri speciale pentru sănătate;

– **Sisteme de asigurări private,** bazate pe prime de asigurare voluntare.

Utilizând această clasificare, ţările din Europa Occidentală şi America de Nord pot fi grupate astfel:

– *Sisteme naţionale de sănătate:* Spania, Marea Britanie, Irlanda, Norvegia, Suedia, Finlanda, Islanda, Danemarca, Grecia, Canada;

– *Sisteme de asigurări sociale de sănătate:* Germania, Franţa, Belgia, Austria, Olanda, Luxemburg, Elveţia;

– *Sisteme de asigurări private:* SUA.

Această clasificare are în vedere doar modul în care sunt colectaţi banii de la populaţie, de aceea poate părea surprinzătoare clasificarea Canadei în cadrul serviciilor naţionale de sănătate, de obicei Canada fiind cunoscută ca aparţinând sistemelor de asigurări sociale, acest fapt bazându-se pe existenţa caselor de asigurări ce redistribuie banii colectaţi prin impozite generale şi alocaţi respectivelor case prin decizii ale parlamentului (federal şi provincial).

În ceea ce priveşte argumentele în favoarea unuia sau altuia din sistemele prezentate succint anterior, majoritatea studiilor au indicat următoarele aspecte.

Ca ***avantaje*** pentru **sistemele de asigurări sociale de sănătate** sunt citate:

- creşterea descentralizării sistemului datorită faptului că plata actelor medicale nu mai revine Ministerului Sănătăţii, ci unor organisme (case de asigurare) independente;
- mărimea fondurilor destinate sectorului sanitar este independentă de schimbările priorităţilor politice, importante mai ales în ţările cu fragmentare politică, unde majoritatea este greu de obţinut;

- de asemenea, calitatea asistenţei medicale poate spori, având în vedere că organismele plătitoare pot impune standarde de calitate ce trebuie respectate de medicii cu care se află în relaţii contractuale, aspect ce duce la competiţie şi între furnizorii de asistenţă medicală;
- definirea clară a pachetului serviciilor de sănătate ce urmează să fie furnizate populaţiei ce plăteşte primele de asigurare, atât în termeni cantitativi (pachetul de servicii oferite), cât şi calitativi;
- sprijină stabilirea drepturilor pacienţilor în calitatea lor de clienţi ai furnizorilor de servicii de sănătate;
- stabilirea de relaţii de colaborare fără încărcătură politică cu membrii organizaţiilor medicale reprezentative, atâta vreme cât acestea se referă exclusiv la probleme profesionale (pachet de servicii, norme contractuale referitoare la calitate, strângerea de informaţii medicale etc.);
- fondurile strânse de casele de asigurări pot fi investite eficient, producând dobânzi, dividende etc. (în funcţie de legile ce definesc clar ce tipuri de tranzacţii financiare sunt permise cu fondurile de rezervă);
- SASS permite o mare diversitate în ceea ce priveşte furnizarea îngrijirilor medicale: pot exista furnizori publici şi privaţi plătiţi din fondurile de asigurări sociale şi/sau în acelaşi timp să existe şi furnizori independenţi plătiţi din alte fonduri (direct de către pacienţi, de anumite întreprinderi, de companii de asigurări private etc.);
- un alt efect descris al înfiinţării SASS este cel asupra forţei de muncă; spre exemplu, un fond cu 15 milioane de membri va necesita circa 15 000 de angajaţi plătiţi din fondurile proprii; în plus, va fi necesar personal suplimentar, la nivelul unităţii furnizoare (Weber, A. şi Normand, C.);
- în general, la nivel local şi regional se constată o îmbunătăţire a infrastructurii ca urmare a introducerii asigurărilor de sănătate (pentru colectarea datelor şi rambursarea cheltuielilor sunt necesare sisteme de informatizare şi comunicaţie moderne, achiziţionate de multe ori din alte fonduri decât cele provenite din contribuţiile membrilor, de obicei, prin implicarea comunităţii locale);
- creşterea frecventă a fondurilor disponibile pentru sănătate atât în valoare absolută, cât şi ca procent din PIB;
- separarea strictă a bugetelor face ca contribuţiile să nu poată fi folosite pentru alte obiective decât asigurările de sănătate, aspect esenţial pentru planificarea sanitară şi important mai ales în ţările cu restricţii bugetare, în care există tendinţa de a utiliza fondurile pentru „urgenţe";
- luarea deciziilor manageriale este mai puţin dependentă de schimbările politicii guvernamentale;
- structura şi managementul pot fi mai eficiente, fiind de obicei mai apropiate de funcţionarea sectorului privat decât de modelul administraţiei publice;
- în acelaşi timp, şi Ministerul Sănătăţii are de câştigat în urma introducerii unui asemenea sistem, nemaifiind nevoit să răspundă solicitărilor salariale (care se realizează acum prin negocieri directe între casele de asigurări şi organizaţiile profesionale), putându-se concentra pe problemele de politică şi strategie sanitară;
- raţionalizarea serviciilor medicale, inevitabilă în orice sistem cu buget limitat, este/poate fi explicită, realizându-se prin intermediul contractelor

dintre casele de asigurări, clienţi şi furnizori; acest lucru, raţionalizarea, este dificil de realizat într-un sistem naţional de sănătate unde deciziile ar trebui să fie luate de către politicieni, într-un domeniu cu mare sensibilitate electorală (acesta este de altfel şi motivul pentru care, în majoritatea ţărilor unde există sisteme naţionale, se afirmă comprehensivitatea serviciilor medicale – populaţia are dreptul la întreaga gamă de servicii disponibile);

- un alt avantaj ar putea fi considerat larga acceptare a acestui sistem de către corpul medical, sondajele din Europa Centrală şi de Est arătând că majoritatea medicilor chestionaţi doresc un sistem de asigurări sociale de sănătate;
- transparenţa fluxului banilor din sistemul sanitar.

Ca principale *dezavantaje* ale SASS sunt citate:

- dificultatea stabilirii primelor ce trebuie plătite de către cei care lucrează pe cont propriu, având în vedere că aceste prime sunt legate de veniturile realizate, iar acestea tind să fluctueze în funcţie de diferite aspecte;
- necesitatea acoperirii din alte fonduri a celor ce nu sunt salariaţi: şomeri, elevi, pensionari etc., fapt dificil de realizat mai ales în perioade de recesiune şi care poate duce în ultimă instanţă la necesitatea subvenţiilor masive din partea bugetului de stat;
- asigurările de sănătate sunt o formă de taxă pe muncă şi un cost adiţional pentru firme, ceea ce duce la creşterea costului muncii pentru firme şi astfel se poate ajunge la introducerea acestor prime în costul produselor, cumpărătorii acestor produse suportând o parte din costul asigurărilor de sănătate al firmei şi al salariaţilor acesteia. Se poate adăuga la aceste potenţiale dificultăţi, descrise pe larg în literatură, şi faptul că, pentru un sistem de asigurări, costurile administrative sunt substanţial crescute faţă de un sistem bazat pe impozite generale, mai ales în perioada de început, când trebuie realizată infrastructura; totuşi, multe din aceste posibile dificultăţi pot fi depăşite prin măsuri legislative adecvate (de exemplu, reduceri de impozite pentru sumele plătite de patroni pentru asigurarea salariaţilor, fapt ce poate descuraja includerea acestora în costurile de producţie).

În ceea ce priveşte celelalte două tipuri de sisteme sanitare, se consideră că tipul de **sistem bazat pe contribuţii voluntare (privat)** are ca *avantaj* major stimularea competiţiei dintre furnizorii şi finanţatorii serviciilor medicale, care au interesul să atragă cât mai mulţi bani şi deci cât mai mulţi clienţi, fapt ce duce la sporirea ofertei cantitative şi calitative oferite pacienţilor.

Principalele *dezavantaje* ale acestui model se referă la:

- slaba acoperire a populaţiei, în special a celei cu venituri mai modeste şi/sau cu probleme de sănătate, având în vedere că primele de asigurare sunt stabilite în funcţie de starea de sănătate a persoanei, şi nu în funcţie de capacitatea de plată, ca în cazul SASS;
- de asemenea, acest sistem este puternic inflaţionist, crescând accentuat costurile sanitare (ca exemplu, SUA cheltuie cca 3000 US $ per capita/an faţă de media de 1900 US $ pentru ansamblul ţărilor OECD), apariţia fenomenului cunoscut sub numele de „selecţie adversă".

În ceea ce priveşte **tipul Beveridge,** în care finanţarea este predominant de la bugetul de stat, se consideră ca un avantaj major costul mai redus al administrării

unui asemenea sistem, asociat însă cu o eficiență scăzută a gestionării fondurilor. Ca şi în sistemul de tip Bismarck, acoperirea populației este generală, însă, spre deosebire de acesta, de obicei, pachetul de servicii oferit populației nu este clar definit, în mod tradițional neexistând relații contractuale clare între furnizorii, plătitorii şi clienții serviciilor sanitare, de regulă statul fiind atât cel care plăteşte, cât şi cel care furnizează asistența de sănătate, fapt ce a fost considerat răspunzător de calitatea mai scăzută a serviciilor sanitare în aceste tipuri de sisteme. Un alt punct considerat în genere defavorabil acestui tip de sistem este faptul că, deşi sursele financiare ce pot fi puse la dispoziția sistemului pot fi teoretic consistente, având în vedere faptul că procentul alocat sănătății este votat de parlament, unde intră în competiție cu alte sectoare bugetare ca apărarea, industria, internele etc., în practică aceste sume sunt mai mici decât cele acumulate prin primele de asigurări, mai ales că rezultatele investițiilor în acest sector nu sunt vizibile pe termen scurt; în plus, se consideră că lipsa unei implicări directe în finanțarea asistenței sanitare a indus la o mare parte a publicului ideea că sănătatea nu costă şi, ca atare, şi comportamentul în favoarea unui mod de viață mai sănătos e mai dificil de indus în asemenea sisteme.

Ceea ce se poate constata în ultima vreme este tendința de apropiere a acestor tipuri de sisteme sanitare, încercându-se combinarea avantajelor din fiecare sistem şi eliminarea sau reducerea dezavantajelor. Astfel, în sistemele de tip Beveridge se încearcă introducerea unor mecanisme concurențiale, specifice până acum sistemelor de asigurări de sănătate; unul din exemplele cele mai cunoscute este cel al sistemului britanic, unde, deşi forma de proprietate a rămas neschimbată, s-a introdus o aşa-numită competiție internă în interiorul sistemului, anumite unități sanitare (trusturi) având dreptul să intre în competiție pentru atragerea de potențiali clienți, în esență producându-se o separare a furnizorilor de cumpărătorii de servicii de sănătate, cu o diminuare a organismelor statale de la toate nivelurile administrației publice. În acelaşi timp, se poate remarca introducerea unor mecanisme de reglementare, în special fiscală, mai accentuate din partea autorităților statale în sistemele bazate pe asigurări, chiar şi în cele în care preponderente sunt companiile private. Ar trebui amintit că, indiferent de tipul sistemului de sănătate, există diferențe notabile în ceea ce priveşte modul de lucru al unităților şi furnizorilor de servicii sanitare, aceasta putându-se face pe baze contractuale obligatorii sau pe baza plății per act (această modalitate este utilizată mai ales pentru medicii care lucrează în afara spitalelor) sau pe baze de finanțare integrată, situație întâlnită în cazul în care aceeaşi entitate (statul sau comunitatea locală) joacă dublul rol de cumpărător şi de furnizor de servicii de sănătate.

Ca o remarcă generală, se poate aprecia că toate tipurile de finanțare au avantaje şi dezavantaje, în practică existând posibilitatea de a se combina elemente ale mai multor sisteme pentru atingerea obiectivelor dorite. Spre exemplu, în cazul sistemelor de asigurări sociale de sănătate, în multe țări o sursă de venituri suplimentare pentru fondurile de asigurări este reprezentată de taxe asupra unor produse considerate potențial dăunătoare sănătății, care merg direct în fondurile caselor de asigurări (spre exemplu, o anumită cotă din impozitele pe tutun, alcool, asigurarea automobilelor). În capitolele următoare vor fi detaliate principiile financiare şi economice, ce stau la baza funcționării sistemelor de sănătate.

MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

15.1. INTRODUCERE

Pe parcursul ultimilor ani, grație evoluării proceselor de democratizare a societății atât în Republica Moldova, cât și în alte țări, se desfășoară multiple reforme în diferite domenii din sistemul sănătății, în special al serviciilor medicale primare. Dezvoltarea serviciilor de asistență medicală primară (AMP) reprezintă un proces continuu, fiind în permanentă perfecționare, determinate de condițiile specifice ale reformelor sistemelor naționale de sănătate.

Necesitatea reformării sistemelor de sănătate naționale și orientarea activității lor spre soluționarea problemelor ce influențează sănătatea popoarelor lumii pentru prima dată a fost declarată la Conferința Internațională organizată de UNICEF și OMS la Alma-Ata în anul 1978. În documentul fundamental al conferinței numit „Declarația de la Alma-Ata", a fost propusă o concepție nouă privind dezvoltarea și consolidarea AMP, calificată drept scop major pentru toate guvernele țărilor lumii.

Actualmente serviciile medicale primare dispun de prioritate, fapt ce creează posibilități mai pronunțate de a organiza și asigura populația cu asistență medicală accesibilă și calitativă și de a efectua o coordonare mai eficientă dintre serviciile primare, secundare și terțiare, cu accentul spre realizarea măsurilor de prevenire și profilaxie a maladiilor.

Un alt deziderat important al activității sectorului primar de asistență medicală constituie principiile acordării AMP în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Relația pozitivă medic de familie – pacient constituind temelia serviciilor primare de asistență medicală și, dacă aceasta este asociată unei bune relații medic – farmacist și medic – medic, rezultatul este benefic pentru pacient, medic și comunitate.

15.2. CONCEPTE GENERALE

Asistența Medicală Primară (AMP), conform definiției propuse de OMS, (Alma-Ata, septembrie 1978) „reprezintă o formă de bază a asistenței medicale, esențial necesară și universal accesibilă indivizilor și familiilor din comunitate, prestată prin mijloace acceptabile, cu participarea lor integrală și la un cost pe care comunitatea și țara și le pot permite. Ea este o parte integrantă din sistemul național de sănătate, fiind nucleul lui și din procesul global de dezvoltare socială și economică a comunității".

AMP este orientată spre rezolvarea problemelor prioritare ale ocrotirii sănătății populației și include măsurile de consolidare a sănătății, profilaxiei, tratamen-

tului şi reabilitării. Elementele echipei de asistenţă primară au fost definite în anul 1973 de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii ca fiind medicul de familie, nursa şi asistentul social.

În anul 1975, Directorul general al OMS Dr. Halfdan Mahler, a lansat conceptul „Sănătate pentru toţi până în anul 2000", propunând „O acţiune urgentă pentru a o realiza în cei 25 de ani ai unei generaţii", ceea ce nu s-a realizat până acum. În acelaşi an, după publicarea cărţii „Soluţii alternative în satisfacerea nevoilor de sănătate de bază" [Djukonovic şi Mach, 1975], s-a adoptat prima rezoluţie – WHA3043 – referitoare la îngrijirile primare de sănătate, ele reprezentând o strategie pentru atingerea obiectivului sănătăţii pentru toţi până în anul 2000.

Diversele activităţi desfăşurate în această direcţie au culminat cu organizarea unei întâlniri internaţionale de către UNICEF şi OMS la Alma-Ata, în 1978, la care au participat reprezentanţi a 134 de guverne şi 67 de organizaţii internaţionale. Documentul fundamental al conferinţei a fost Declaraţia de la Alma-Ata, în care se exprimă necesitatea unei acţiuni urgente din partea tuturor guvernelor, a lucrătorilor din domeniul sănătăţii şi a comunităţii mondiale pentru promovarea sănătăţii popoarelor lumii. Analizând Declaraţia de la Alma-Ata, putem evidenţia elementele strategice ale AMP:

1. **Orientarea serviciilor medicale în direcţia AMP,** care trebuie să devină nucleul sistemului sănătăţii, pe când asistenţa secundară şi terţiară să aibă rol consultativ.
2. **Distribuţia echitabilă** – serviciile de sănătate de bază să fie în mod egal accesibile atât în urban / rural, cât şi pentru cei bogaţi / săraci.
3. **Implicarea comunităţii** – participarea activă a fiecărui membru al comunităţii la planificarea şi formarea politicii în sănătate, asigurarea drepturilor pacienţilor la asistenţă medicală, alegerea liberă de către pacienţi a medicului de familie şi instituţiei medicale.
4. **Elaborarea concepţiei politicii sanitare,** care prevede determinarea criteriilor din punctul de vedere al nivelului de trai al populaţiei şi al mediului ambiant, ca o abordare intersectorială în sistemul sănătăţii. Integrarea se face prin servicii sociale şi ONG, cuprinde activităţi ce se ocupă de nutriţie, educaţie, condiţii de locuit, apă potabilă etc.
5. **Concentrarea asupra activităţii de prevenire** – un rol important are medicul de familie, care poate depista mai uşor factorii de risc şi cunoaşte mediul în care trăieşte bolnavul (acasă, la locul de muncă, social).
6. **Elaborarea tehnologiilor corespunzătoare** şi folosirea raţională a resurselor, inclusiv repartizarea efectivă a resurselor cu distribuirea lor de la sectorul spitalicesc la cel primar.

Strategiile elaborate în cadrul acestei conferinţe au fost aprobate de către Asambleea Mondială a Sănătăţii în anul 1979, prin rezoluţia WHA 32.30. Ulterior, aceste strategii au fost dezvăluite în cadrul mai multor conferinţe şi foruri internaţionale, printre care: Conferinţa Mondială de la Edinburg, Scoţia (1998); Conferinţa Internaţională de la Peruga, Italia (1991); Conferinţa Internaţională de la Bethesda, Maryland, SUA (1993); Conferinţa Organizaţiilor Europene SIMG, WONCA – Europa, UEMO, Strasbourg (1995); Conferinţa OMS de la Ljubliana, Slovenia (1996); Conferinţa Internaţională „Politica de reformă sanitară şi asistenţă primară în România şi ţările din estul Europei" de la Sinaia, România (2000) etc.

Asambleea Mondială a Sănătății (1979) a determinat necesitatea elaborării strategiei de obținere a „sănătății pentru toți" în a. 2000, primind rezoluția WHA 32.30, care a aprobat Raportul și Declarația de la Alma-Ata și a propus statelor-membre ale OMS să întreprindă măsuri individuale de dezvoltare a politicii naționale, strategiei și tacticii de acțiune în obținerea acestor scopuri și, de asemenea, să întreprindă eforturi comune în vederea elaborării strategiilor regionale și globale pentru susținerea strategiilor naționale.

În 1991, la Conferința internațională de la Peruga, Italia, s-a discutat aportul medicilor de familie /de profil general/ în obținerea „sănătății pentru toți". Puțin mai târziu, în 1993 la Bethesda, Maryland, SUA are loc Conferința internațională privind pregătirea medicilor de familie în institutele naționale de sănătate. La această conferință au fost întocmite programele de pregătire a medicilor de familie.

În 1995, la Strasbourg, în mod simbolic, chiar în sălile Parlamentului European, are loc inaugurarea Societății Europene de Medicină Generală / Medicina Familiei și prima conferință a organizațiilor europene reunite sub această titulatură (SIMG, WONCA – Europa, UEMO).

În cadrul Conferinței OMS, privind reforma sistemelor de sănătate de la Ljubliana, Slovenia (1996) a fost aprobată Carta de la Ljubliana, unde drept element fundamental sunt prezentate îngrijirile de sănătate primare: *„Autorii reformei trebuie, inspirându-se de filozofia îngrijirilor de sănătate primare să vegheze ca serviciile de sănătate să asigure, la toate nivelurile protecția și ameliorarea sănătății, ameliorarea calității vieții, prevenția și tratarea maladiilor, readaptarea pacienților și îngrijirea persoanelor suferinde sau în faze terminale.*

Reforma trebuie să faciliteze luarea de decizii împreună de către pacient și cel care acordă îngrijiri și să dezvolte caracterul global și continuu al îngrijirilor ținând cont de particularitățile fiecărui mediu cultural".

La elaborarea de către OMS a rezoluției EUR / RC 48 / 10 (1998), cunoscută ca politica „Sănătate – 21" au fost determinate cele 21 de scopuri pentru secolul al XXI-lea. Putem menționa scopul 15: *„Un sistem integrat de ocrotire a sănătății"*, în care se subliniază: *„Către anul 2010, toți oamenii din Regiune vor trebui să aibă acces la serviciile primare ale ocrotirii sănătății cost eficiente, orientate spre familie și comunitate"*.

Actualmente AMP este recunoscută la nivel internațional drept o ramură atotcuprinzătoare, fiind acordată în diferite maladii la diferite etape ale vieții.

15.3. EVOLUȚIA DEZVOLTĂRII AMP ÎN REPUBLICA MOLDOVA

În plan istoric, AMP pe teritoriul actualei Republici Moldova își ia începutul din cele mai vechi timpuri. Societatea geto-dacică, ajunsă la un grad înalt de cultură, practica o medicină secerdotală (sacerdoții lui Burebista, învățați, preoți, filozofi), împletită cu remedii populare. Unii dintre preoții-învățați trăiau în sihastrie, iar alții sfătuiau și ajutau poporul (ctistai, polistai sau capnobatai) fiind ascultați de aceștia.

În perioada feudalismului timpuriu, inclusiv până în secolul al XVIII-lea, în calitate de medici erau socotiți cei care îngrijeau bolnavii, indiferent dacă aveau sau nu studii medicale. În literatura bisericească (a.1482) aceste persoane erau numite „vrăciuitori divini", termen ce a existat oficial până în secolul al XVIII-lea, când a fost înlocuit cu termenul „medic" (medicus).

Pentru prima dată, ajutorul medical la nivel populațional în Moldova este instituit pe timpul lui Ştefan cel Mare. El înființează în 1480, la Iaşi, "Corporația nevoiaşilor", în cadrul căreia se acordau unele ajutoare medicale, inclusiv medicamentoase. Persoanele bogate, în acea perioadă, erau deservite de medici la domiciliu (arhiva anilor 1475 – 1553).

În perioada domniei lui Alexandru Lăpuşneanu, în 1577, acesta cere să fie adus de la Braşov un medic care să se ocupe „numai de sănătatea publică".

În 1646, prin „Pravila lui Vasile Lupu" a fost adoptat primul act legislativ, care cuprindea un şir de cerințe sanitare şi enumera obligațiunile medicilor şi caracterul interacțiunii lor cu bolnavii şi cu organele supreme. Această „Pravilă", cât şi cea a lui Matei Basarab din 1652, reprezentau adevărate dispoziții de lege sanitară şi conțineau sancțiunile ce se aplicau celor care nu respectau dispozițiile sanitare. Vraciul dascăl, sau „doftorul", era cel crezut şi sfaturile sau hotărârile sale erau urmate. O importanță deosebită în dezvoltarea ştiinței medicale în perioada feudalismului au lucrările ilustrului savant şi Domnitor al țării Dumitru Cantemir.

Mai intens asistența medicală, inclusiv cea primară, se dezvoltă în secolul al XIX-lea. În ianuarie 1813 la Chişinău a fost fondată administrația medicală a Basarabiei, care a devenit organul medico-sanitar central, unde activau 10 persoane. În unele regiuni au fost instituite aşa-numitele farmacopolii (ambulatoriu cu farmacie) bine înzestrate. În anul 1828 a fost efectuată prima reformă a sistemului sanitar din Basarabia. De două ori s-au majorat cadrele administrației medicale şi în fiecare din cele 8 județe erau repartizați câte un medic şi o moaşă. Către această perioadă, asistența medicală era bine organizată administrativ, separată pe specialități. În localități activau medici cu diplomă, funcționau staționare şi farmacii. La sate asistența medicală se acorda de către medici şi felceri de voloste.

Anii '70 ai secolului al XIX-lea s-au marcat prin crearea medicinii de zemstvă. În Chişinău administrația de zemstvă a fost fondată în 1869 şi consta din inspector, operator, obstetrician, doi medici superiori şi doi inferiori şi alt personal. În județe, care au fost divizate în sectoare, activau doi (mai rar unul) inspectori. În total în județe erau câte 7 sectoare medicale şi 31 de puncte de felceri. Rețeaua sectoarelor medicale se majora continuu şi deja în 1910 erau 75. Cu toate acestea, numărul populației ce revenea la un sector (27,0 mii) şi suprafața medie a sectorului (430,4 km^2) erau foarte mari. Astfel, la finele perioadei de zemstvă în județele Basarabiei activau 35 de medici de zemstvă şi 93 de medici de practică liberă, dintre care numai 27 acordau servicii la sate. Populația rurală nu era îndestulată cu asistență medicală.

Până la începutul primului război mondial (1914–1918) medicina de zemstvă se dezvolta lent. La această perioadă putem remarca doar faptul că în anul 1910 se elaborează legea sanitară, sub îndrumarea lui Ion Cantacuzino, considerat ctitor al specialității de medicină generală. În perioada războiului medicina de zemstvă îşi încetează treptat activitatea şi se observă o tendință de dezvoltare a chirurgiei.

În perioada anilor 1918–1940 Basarabia este parte integrantă a României şi AMP se consolidează prin „Legea sanitară a României" din 1930. La baza activității asistenței primare şi a activității de profilaxie erau puse circumscripțiile sanitare urbane şi rurale. Activitatea medicilor se desfăşoară sub forma medicului de familie (la serviciu de stat), fie sub forma cabinetelor particulare (care prevalau la număr față de cele de stat). În circumscripțiile sanitare erau deschise ambulatorii (134 în

sate şi 18 în oraşe), în care activau, de asemenea, şi agenţi sanitari, ce nu aveau studii medicale şi răspundeau mai mult de starea sanitară a populaţiei (rol de poliţie sanitară). În mediul rural, medicii de familie erau ceea ce sunt şi azi – practicieni în toate problemele individului, familiei şi colectivităţii umane.

Anii celui de-al II-lea Război Mondial, pentru istoria medicinii, se caracterizează prin distrugeri masive ale instituţiilor medicale – 82,2 la sută şi o creştere bruscă a morbidităţii prin boli infecţioase.

Analiza istorică ne demonstrează că mai vertiginos asistenţa medicală primară în Basarabia se dezvoltă după al doilea război mondial. În anii grei de după război un rol important în dezvoltarea AMP îi revine eminentului savant, profesor universitar Mihail Ghehtman. El a elaborat şi promovat activităţi ce ţin de prevenirea şi profilaxia maladiilor ca parte componentă a serviciilor primare. În această perioadă, cu aportul profesorului M. Ghehtman, care s-a manifestat ca organizator iscusit şi specialist competent în serviciul primar, se măreşte numărul instituţiilor medicale primare şi se pune baza dezvoltării unei reţele medicale primare. Eforturile practice de optimizare a serviciilor pentru sănătate erau însoţite de cercetările ştiinţifice în domeniul dat.

La această etapă Moldova făcea parte din Uniunea Sovietică. Reglementarea severă a migrării populaţiei în URSS, a fost una dintre cauzele ataşării asistenţei medicale după principiul strict teritorial. Astfel, au apărut medicii de sector (terapeutul, pediatrul, obstetrician-ginecologul). Până în anul 1947 serviciile medicale de ambulatoriu şi de staţionar funcţionau separat. În perioada anilor 1947–1950, prin hotărârea Ministerului Sănătăţii al fostei URSS, a avut loc fuzionarea serviciilor medicale de staţionar şi de ambulatoriu, ceea ce n-a dat rezultatul scontat asistenţei ambulatorice şi a favorizat dezvoltarea furtunoasă a staţionarelor, specializarea îngustă a maladiilor şi construirea centrelor profilactice masive.

O contribuţie semnificativă pentru dezvoltarea AMP la etapa de referinţă a avut implementarea metodelor economico-matematice în planificarea reţelei instituţiilor medicale. Un loc aparte în cadrul acestor cercetări îl deţin studiile, efectuate sub conducerea ilustrului savant-medic, organizator al Ocrotirii Sănătăţii, profesorului Nicolae Testemiţanu, care manifesta o grijă deosebită faţă de sănătatea populaţiei rurale. Rezultatele cercetărilor întreprinse au condus la elaborarea concepţiei organizării asistenţei specializate de ambulatoriu-policlinică la locul de trai al sătenilor. Scopul de bază urmărit era lichidarea diferenţelor esenţiale de nivel şi calitate a asistenţei medicale acordate populaţiei urbane şi rurale.

Această concepţie prevedea argumentarea ştiinţifică, evaluarea experimentală şi realizarea în practică a reţelei prin implementarea proiectelor instituţiilor de tip nou (ambulatorii şi puncte medicale rurale de diferite categorii), dotate cu utilaje şi aparatură corespunzătoare. Pentru asigurarea accesului populaţiei rurale la serviciile medicale primare de calitate înaltă, cât şi pentru crearea condiţiilor de lucru a personalului medical, în componenţa ambulatoriilor rurale au fost prevăzute: secţii pentru adulţi, consultaţii pentru copii şi femei, importante subunităţi auxiliare de diagnostic şi tratament, puncte farmaceutice şi de distribuire a produselor lactate pentru copii. Asistenţa de ambulatoriu şi policlinică la locul de trai al populaţiei rurale se acorda pe următoarele specialităţi de bază: terapie, pediatrie, stomatologie, obstetrică şi ginecologie, chirurgie, neurologie, oftalmologie, otorinolaringologie şi dermatovenerologie. În statele ambulatoriilor rurale erau incluşi medicii: tera-

peuţii, pediatrii, stomatologii şi obstetricienii-ginecologi, iar ceilalţi medici specialişti asigurau asistenţa medicală populaţiei rurale la sectorul de circumscripţie prin cadrul echipelor mobile din policlinicile centrelor raionale, care se deplasau în teren după un program de lucru stabilit în conformitate cu normative de asigurare cu cadre medicale. În caz de necesitate populaţia rurală beneficia de asistenţă medicală în policlinicile, dispensarele şi spitalele raionale, orăşeneşti şi republicane. Toată asistenţa medicală, inclusiv cea specializată şi îngust specializată, se acorda în volum suficient şi gratuit.

Aplicarea în practică a concepţiei menţionate a demonstrat sporirea evidentă a accesibilităţii asistenţei specializate de ambulatoriu-policlinică nemijlocit la locul de trai al populaţiei rurale, ajungând în medie la 10,7 vizite la medic pe cap de locuitor. În condiţiile urbane şi în circumscripţiile rurale de control acest indice constituia respectiv 11,3 şi 14,4 vizite. Cheltuielile legate de adresarea pacienţilor pentru asistenţă diagnostică şi consultativă în afara ambulatoriilor de tip nou au fost de 3,6 ori mai mici în comparaţie cu circumscripţiile de control, iar cheltuielile legate de deplasarea pacienţilor în policlinicile centrale raionale erau de 8,1 ori mai mari decât cele de deplasare în sens invers a medicilor-specialişti. Mai trebuie de menţionat că, în ambulatoriile rurale s-a renunţat la consultarea pacienţilor de către asistenţii medicali, iar coeficientul integral de accesibilitate (apropiere maximal posibilă la locul de trai al populaţiei a asistenţei specializate extraspitaliceşti) depăşea de 2,3 ori indicele respectiv din circumscripţiile de control.

Aceste date permit de a concluziona, că la finele anilor '80 în Republica Moldova au existat condiţii reale, care au depăşit divergenţele esenţiale în acordarea asistenţei medicale primare populaţiei urbane şi rurale.

Este important de menţionat, că această concepţie a fost actuală şi posibilă de realizat în condiţiile, când statul asigura Sistemul de sănătate cu resursele necesare în volum deplin. Acestea constituiau 6-7% din bugetul ţării şi acopereau real necesităţile nu numai ale Sistemului de sănătate, dar şi ale Culturii fizice şi Sportului. Afirmarea îşi confirmă realitatea şi prin faptul că până la criza anilor '90 în republică s-a construit o reţea întreagă de ambulatorii medicale săteşti de diferite categorii şi puncte medicale de tip nou. Aceasta, integral cu activitatea desfăşurată, a demonstrat că Sistemul de sănătate implementat în conformitate cu concepţia elaborată de către Nicolae Testemiţanu a fost pe drept unul dintre cele mai umane sisteme de sănătate astăzi cunoscute în lume.

După ce Republica Moldova a intrat în criza economică din 1992, au apărut noi cerinţe, necesităţi şi posibilităţi de realizare a noilor principii de organizare a AMP.

În aceste condiţii, a apărut necesitatea de a asigura o continuitate a conceptului de dezvoltare a AMP, elaborat de ilustrul savant Nicolae Testemiţanu. O pornire de ansamblu a fost implementarea unor proiecte reformatoare din ţară, prioritatea de bază a cărora o constituia transformarea sau orientarea funcţiilor de la serviciul de staţionar, la sectorul primar de asistenţă medicală.

Începând cu anii '90 Republica Moldova a purces spre căutarea noilor căi de dezvoltare a sănătăţii publice în general şi a AMP în particular. A fost adoptată „Legea Ocrotirii Sănătăţii" (1995), care stipulează diversitatea formelor de asistenţă medicală (de stat, prin asigurări şi privată), diversitatea surselor de finanţare a instituţiilor medicale, decentralizarea proceselor de dirijare, promovarea politicii

de cadre etc. Condiţiile noi create, influenţate de transformările social-economice în mare măsură au determinat strategiile de dezvoltare a AMP.

Procesul de reformare al AMP, s-a efectuat în două etape. Prima etapă ţinea de managementul general al sistemului ocrotirii sănătăţii, care avea drept scop transmiterea treptată a responsabilităţii şi controlului asupra unor niveluri de acordare a asistenţei medicale structurilor existente ale asistenţei medicale primare. Pentru aceasta, medicii şi instituţiile de practică medicală generală au primit posibilităţi reale de a îndrepta pacienţii în instituţiile cele mai adecvate pentru ei – spitale raionale, municipale, azil pentru bătrâni sau staţionare de zi la locul de trai. Etapa dată a inclus ulterior (a. 2003) implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, fapt ce a contribuit la creşterea accesibilităţii populaţiei la servicii primare şi la acordarea finanţării în baza mecanismului „*per-capita*", în conformitate cu contractele încheiate cu CNAM.

Etapa a doua a reformării se referea direct la asistenţa medicală primară şi s-a realizat prin următoarele priorităţi de activitate:

1. Formarea medicilor de familie şi a asistenţilor medicali pentru sectorul primar (prin recalificarea medicilor de sector şi instruirea postuniversitară).
2. Crearea bazei academice de instruire a medicilor de familie şi a asistenţilor medicali, inclusiv asigurarea cu literatură de specialitate.
3. Elaborarea actelor normative şi dotarea tehnică a oficiilor medicilor de familie.
4. Implementarea medicinii de familie în toată aria AMP din Republica Moldova.
5. Fondarea Asociaţiei profesionale a medicilor de familie (a. 2000).
6. Elaborarea standardelor şi indicatorilor de performanţă ai activităţii sectorului primar de asistenţă medicală.

Actualmente, la baza dezvoltării sistemului asistenţei medicale primare stau următoarele principii:

- finanţarea separată a sistemului primar de cel specializat şi de staţionar;
- asigurarea concurenţei şi autonomiei în gestionarea instituţiilor medicale primare;
- finanţarea prioritară a serviciilor medicale primare în teritorii;
- decentralizarea funcţiilor manageriale;
- excluderea dublării serviciilor medicale;
- planificarea volumului serviciilor în baza necesităţilor reale ale populaţiei.

Actorul principal al asistenţei medicale primare este medicul de familie, care este implicat în toate programele de sănătate ale comunităţii elaborate în diferite domenii.

15.4. ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ LA NIVEL RURAL

AMP în Republica Moldova, la nivel rural, este acordată pe principiul medicului de familie, în corespundere cu prevederile Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 1134 din 09.12.1997 „Cu privire la dezvoltarea asistenţei medicale primare", ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 163 din 21.05.1998 „Referitor la continuitatea reformelor asistenţei medicale primare pe principiul medicului de profil

general / de familie", ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 190 din 23 iunie 2003 „Cu privire la instituirea structurii sistemului sănătăţii raionale / municipale" şi altor acte legislative în vigoare.

Medicul de familie îşi desfăşoară activitatea sa în oficiul medicului de familie, care poate fi drept structură de sine stătătoare la nivel de comună (actualmente 547 la număr). În localităţile, unde sunt 3-5 medici de familie, activitatea lor este desfăşurată în cadrul Centrului de Sănătate (370), iar la nivel raional – în cadrul Centrului Medicilor de Familie (actualmente 36 la număr). CS sunt întrunite în CMF, care este o structură raională condusă de prim-adjunctul medicului-şef al raionului în AMP, subordonat medicului-şef al raionului (*figura 54*).

Centrele Medicilor de Familie funcţionează independent de staţionare, dispunând de cont separat în bancă, fapt ce permite finanţarea activităţii lor după principiul „*per capita*", în volum de cel puţin 35% din bugetul destinat sistemului teritorial al ocrotirii sănătăţii. CMF activează după un program de lucru stabilit de medicul-şef al raionului.

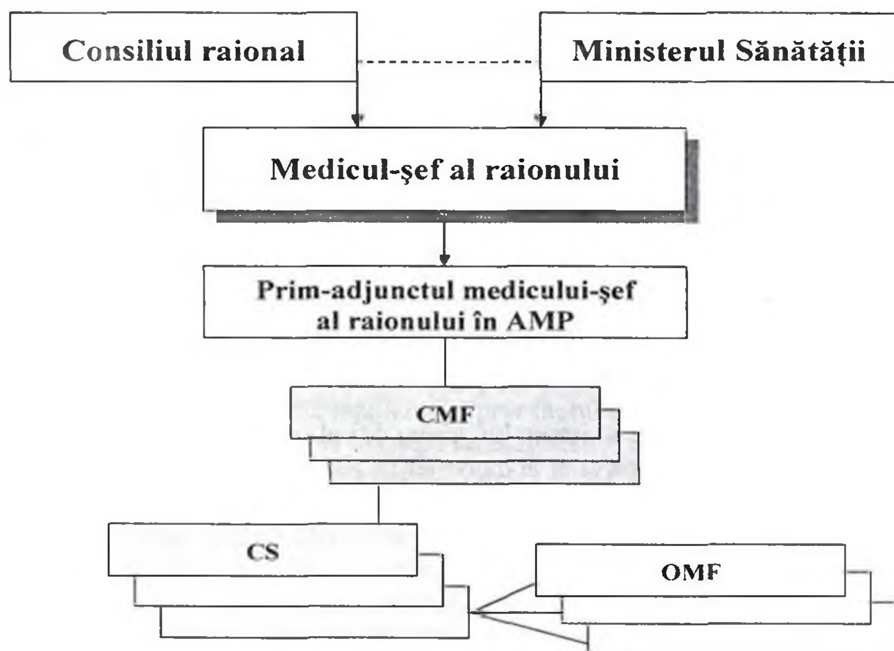


Figura 54. **Structura organizatorică a AMP la nivel rural**

Caracteristica de bază a Centrelor Medicilor de Familie, ce le deosebeşte de sistemul tradiţional de ambulatoriu, este crearea lor după principii noi, întrunind toate CS din raion, având structura lor organizaţională, fortificarea considerabilă a dotării lor cu echipamente medicale, cât şi încredinţarea unui volum extins de noi obligaţiuni şi responsabilităţi funcţionale personalului medical.

Noile modele de organizare a activităţii medicului de familie în Centrele Medicilor de Familie se deosebesc de sistemele tradiţionale prin faptul că medicul de familie devine pilonul, figura-cheie în acordarea asistenţei medicale primare po-

pulației. Anume el, ca specialist pregătit în domeniu, îndeplineşte sarcina de bază, ce atinge 70-75% din toate adresările către serviciile medicale, exercitând unele obligațiuni de funcție, atribuite anterior mai multor specialişti: terapeut, pediatru, ginecolog, dermatovenerolog, ftiziatru, ORL, oftalmolog, neurolog etc.

Funcțiile şi drepturile CMF

1. Promovarea politicii de dezvoltare şi reformare a asistenței medicale primare prin dezvoltarea şi fortificarea continuă a medicinii de familie, a cărei obiective sunt:
   - promovarea sănătății şi prevenirea bolilor;
   - ocrotirea sănătății mamei şi copilului;
   - îmbunătățirea calității şi promptitudinii în acordarea asistenței de urgență;
   - îmbunătățirea îngrijirilor primare de sănătate prin asigurarea cu medici, ameliorarea nivelului profesional, tehnologic etc.;
   - prevenirea şi controlul maladiilor transmisibile;
   - realizarea programului de planificare a familiei;
   - prevenirea şi combaterea bolilor şi incapacităților severe: traumatisme, accidente, otrăviri, boli pulmonare, cardiovasculare, oncologice, afecțiuni psihice, boli ale aparatului locomotor.
2. Asigurarea organizatorică şi metodică a serviciilor primare de sănătate.
3. Organizarea şi coordonarea procesului liberei alegeri a medicului de familie.
4. Promovarea modului sănătos de viață pentru prevenirea maladiilor, complicațiilor şi fortificarea sănătății, diminuarea acțiunii factorilor de risc.
5. Asigurarea accesului populației la asistență medicală primară de înaltă calitate.
6. Organizarea şi efectuarea măsurilor de profilaxie şi prevenție în conformitate cu normele stabilite.
7. Organizarea şi coordonarea procesului curativ-diagnostic, măsurilor de supraveghere şi reabilitare a pacienților.
8. Asigurarea succesiunii în acordarea asistenței medicale primare, specializate şi de urgență.
9. Conlucrarea cu Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalității şi soluționarea problemelor referitoare la expertiza incapacității îndelungate de muncă şi a vitalității.
10. Conlucrarea cu autoritățile publice locale, persoane juridice şi fizice în realizarea îngrijirilor de sănătate şi soluționarea problemelor medico-sociale.
11. Evaluarea trimestrială şi anuală a volumului şi calității asistenței medicale primare.
12. Controlul volumului şi calității activității structurilor subordonate (Centre de Sănătate), analiza ei şi luarea deciziilor respective.

CMF este condus de prim-adjunctul medicului-şef al raionului în Asistența Medicală Primară, care este posesor al certificatului de medic de familie cu un stagiu de muncă nu mai mic de 5 ani, specialist cu experiență în Asistența Medicală Primară şi Sănătate Publică şi Management.

Prim-adjunctul medicului-şef al raionului în Asistența Medicală Primară este numit în funcție de către medicul-şef al raionului, consultând Ministerul Sănătății. În lipsa medicului şef, el îndeplineşte funcția de medic-şef al Raionului şi ordonator de credite al Spitalului Raional.

În activitatea sa, el se conduce de Legile RM, Hotărârile Guvernului RM, actele Ministerului Sănătăţii, Consiliului Raional, medicului-şef al raionului şi alte acte normative, care reglementează direct ori indirect activitatea serviciului.

Funcţiile de bază ale prim-adjunctului medicului-şef al raionului în AMP:

1. Realizează politica statului în dezvoltarea Asistenţei Medicale Primare în conformitate cu Legile Republicii Moldova în vigoare, Hotărârile Guvernului, ordinele, directivele şi instrucţiunile Ministerului Sănătăţii.
2. Coordonează activitatea CMF şi a structurilor subordonate în prestarea serviciilor de asistenţă medicală primară conform directivelor în vigoare.
3. Realizează controlul şi asigură utilizarea efectivă a mijloacelor financiare şi gestionarea corectă a bunurilor materiale din structurile subordonate CMF.
4. Organizează elaborarea şi adoptarea planurilor de activitate şi programelor teritoriale, asigură controlul executării lor, analizează activităţile şi apreciază problemele prioritare din teritoriu.
5. Contribuie la perfecţionarea continuă profesională a lucrătorilor medicali din asistenţa medicală primară conform cerinţelor în vigoare şi atestării periodice.
6. Contribuie la asigurarea instituţiilor medicale primare cu medicamente pentru acordarea asistenţei medicale de urgenţă.
7. Contribuie la pregătirea instituţiilor medicale primare pentru acreditare.
8. Contribuie la organizarea procurării echipamentului necesar pentru activitatea instituţiilor medicale primare.
9. Asigură succesiunea între serviciul de asistenţă medicală primară, urgentă şi spitalicească.
10. Asigură respectarea normelor şi cerinţelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice de către instituţiile medicale primare.
11. Coordonează implementarea programelor naţionale din domeniu în teritoriu.
12. Conlucrează cu organele administraţiei publice locale, direcţiile de învăţământ şi protecţie socială, administraţiile întreprinderilor şi gospodăriilor, agenţii economici în soluţionarea problemelor medico-sociale a populaţiei din raion.
13. Conlucrează cu organizaţiile non-guvernamentale în problemele medico-sociale la compartimentul asistenţă medicală primară.
14. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare şi profilaxie.
15. Prezintă medicului-şef al raionului raporturi de activitate şi face propuneri de remediere a activităţilor.
16. Organizează şi efectuează controlul calităţii măsurilor profilactice, curativ-diagnostice şi de recuperare, efectuate la nivel de asistenţă medicală primară, inclusiv:
    - lucrul profilactic de ocrotire prenatală a fătului şi îngrijirea postnatală a lăuzelor;
    - supravegherea gravidelor;
    - planificarea familiei şi protejarea sănătăţii reproductive;
    - supravegherea copilului sănătos;
    - controlul alimentaţiei raţionale a copiilor;
    - efectuarea imunizărilor conform Programului Naţional de Imunizări.

17. Organizează şi supraveghează activitatea cabinetului copilului sănătos, promovarea modului sănătos de viaţă, educaţia pentru sănătate în şcoli, familie, comunitate.

18. Organizează şi supraveghează efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul onco-profilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale etc.; selectarea grupelor de risc şi efectuarea: glicemiei, analizei sputei la BAAR şi microradiofotografiei, testării HIV/SIDA, MRS etc.

19. Organizează examenul profilactic al preşcolarilor, elevilor, supraveghind calitatea şi eficacitatea supravegherii copiilor cu patologii cronice depistate.

20. Analizează nivelul morbidităţii populaţiei, inclusiv în instituţiile preşcolare şi şcolare cu informarea persoanelor de decizie (raionale, orăşeneşti sau din comune) întru luarea deciziilor respective.

21. Analizează în decurs de 10 zile fiecare caz de mortalitate perinatală, infantilă extraspitalicească şi maternă cu efectuarea unui raport de sinteză a tuturor cazurilor de deces pe care îl prezintă la comisia raională pentru discutarea cazurilor şi luarea măsurilor respective întru prevenirea lor.

22. Analizează calitatea asistenţei medicale acordate populaţiei în teritoriul deservit la nivel de asistenţă medicală primară; evidenţa şi supravegherea patologiilor cronice la copii şi maturi în scopul prevenirii invalidităţii şi a altor complicaţii.

23. Controlează calitatea efectuării expertizei incapacităţii temporare de muncă şi a modului de trimitere a pacienţilor la expertiză în CEMV, de asemenea analizează indicii morbidităţii prin incapacitate temporară de muncă, invaliditate primară şi întreprinde măsuri de ameliorare.

24. Analizează indicii mortalităţii generale, inclusiv în vârstă aptă de muncă şi la domiciliu, şi întreprinde măsuri de ameliorare.

25. Organizează conferinţe tematice pe diverse teme, inclusiv patomorfologice, perfecţionarea personalului medical la locul de muncă, inclusiv seminare de instruire în acordarea asistenţei medicale de urgenţă, conduita maladiilor la copii şi maturi, contribuie la implementarea metodelor noi de diagnostic, tratament şi profilaxie.

26. Coordonează şi organizează, în comun cu serviciile specializate de ambulatoriu şi spitaliceşti, deplasările medicilor specialişti de profil în localităţile rurale, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

Drepturile
prim-adjunctului medicului-şef al raionului în AMP:

1. Controlul calităţii şi analiza activităţii structurilor subordonate (Centre de Sănătate, Oficiile Medicilor de Familie). Ameliorarea asistenţei medicale primare din sector.
2. Înaintarea propunerilor către medicul-şef al raionului privind îmbunătăţirea activităţii asistenţei medicale şi aplicarea sancţiunilor disciplinare faţă de personalul medical în cazuri de încălcări ale disciplinei de muncă.
3. Organizarea conferinţelor, seminarelor, întrunirilor în scopul ameliorării asistenţei medicale primare şi promovării unui mod sănătos de viaţă.
4. Înaintarea problemelor pentru discuţii la Consiliul Medical.

Centrele de Sănătate sunt structuri ale CMF, dirijate de Şeful CS, care se află în subordinea primului-adjunct al medicului-şef al raionului în AMP şi activează

conform unui program de activitate aprobat de prim-adjunctul medicului-şef al raionului în Asistenţa Medicală Primară. Aceste instituţii medicale sunt amplasate, de preferinţă, în edificii-tip – foste ambulatorii săteşti de diferite categorii, dotate cu echipament de laborator etc., care includ în componenţa lor oficiile medicilor de familie din raza de deservire. CS se organizează şi în localitatea de reşedinţă a centrului raional.

Funcţiile şefului Centrului de Sănătate:

1. Coordonează activitatea structurilor subordonate în prestarea serviciilor de asistenţă medicală primară conform directivelor în vigoare şi cerinţelor CMF.
2. Asigură succesiunea dintre serviciul de asistenţă medicală primară, urgentă şi spitalicească.
3. Asigură respectarea standardelor medicale şi cerinţelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice de către instituţiile medicale primare.
4. Conlucrează cu organele administraţiei publice locale, instituţiile de învăţământ şi protecţie socială, administraţiile întreprinderilor şi gospodăriilor, agenţii economici în soluţionarea problemelor medico-sociale ale populaţiei din teritoriu.
5. Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul curativ-diagnostic, recuperare şi profilaxie.
6. Organizează şi efectuează controlul calităţii măsurilor profilactice, curativ-diagnostice şi de recuperare, efectuate la nivel de asistenţă medicală primară, inclusiv:
   - lucrul profilactic de ocrotire prenatală a fătului şi îngrijirea postnatală a lăuzelor; supravegherea gravidelor;
   - lucrul de planificare a familiei şi de protejare a sănătăţii reproductive;
   - supravegherii copilului sănătos;
   - controlul alimentaţiei raţionale a copiilor;
   - efectuarea imunizărilor conform Programului Naţional de Imunizări.
7. Contribuie la promovarea modului sănătos de viaţă, educaţia pentru sănătate în şcoli, familie, comunitate.
8. Organizează şi supraveghează efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase, examenul oncoprofilactic, tonometria oculară, măsurarea tensiunii arteriale etc.; selectarea grupelor de risc şi efectuarea: glicemiei, analizei sputei la BAAR şi microradiofotografiei, testării HIV/SIDA, MRS etc.
9. Organizează examenul profilactic al preşcolarilor, elevilor, supraveghind calitatea şi eficacitatea şi dispensarizării copiilor cu patologii cronice depistate.
10. Analizează calitatea asistenţei medicale acordate populaţiei în teritoriul deservit, evidenţa şi supravegherea patologiilor cronice la copii şi maturi, în scopul prevenirii invalidităţii şi altor complicaţii.
11. Controlează calitatea efectuării expertizei incapacităţii temporare de muncă şi a modului de trimitere a pacienţilor la expertizare în CEMV şi analizează indicii morbidităţii prin incapacitate temporară de muncă, invaliditate primară şi întreprinde măsuri spre ameliorare.
12. Analizează indicii mortalităţii generale, inclusiv în vârstă aptă de muncă şi extraspitalicească şi întreprinde măsuri de ameliorare.
13. Coordonează şi organizează deplasările medicilor de familie în Oficiile Medicului de Familie pentru acordarea asistenţei medicale populaţiei, conform razei de deservire, analizând eficacitatea lucrului efectuat.

14. Prezintă prim-adjunctului medicului-şef al raionului în Asistenţa Medicală Primară raporturi de activitate şi face propuneri de remediere a activităţilor.

Oficiile Medicilor de Familie sunt în componenţa CS. În cazul când două sau mai multe localităţi, care sunt amplasate în aceeaşi rază de deservire, au împreună un număr de populaţie nu mai mică de 1000 – 1500 de locuitori, se formează un OMF, inclus în componenţa CS respectiv. OMF trebuie să fie înzestrate cu echipamentul necesar activităţii medicului de familie adoptat de ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova nr. 163 din 21.05.98 „Referitor la continuitatea reformelor asistenţei medicale primare pe principiul medicului de profil general / de familie".

15.5. ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ LA NIVEL URBAN

La nivel urban, organigrama AMP diferă pentru municipiul Chişinău şi Bălţi şi este motivată de diversitatea formelor manageriale de activitate ale medicului de familie în condiţii urbane. În municipiul Chişinău, structura AMP este confirmată de activitatea a 12 Centre ale Medicilor de Familie, întrunite în 5 Asociaţii Medicale Teritoriale, care deservesc în mod autonom populaţia urbană ce depăşeşte în medie numărul de 120,0 mii de locuitori (*figura 55*).

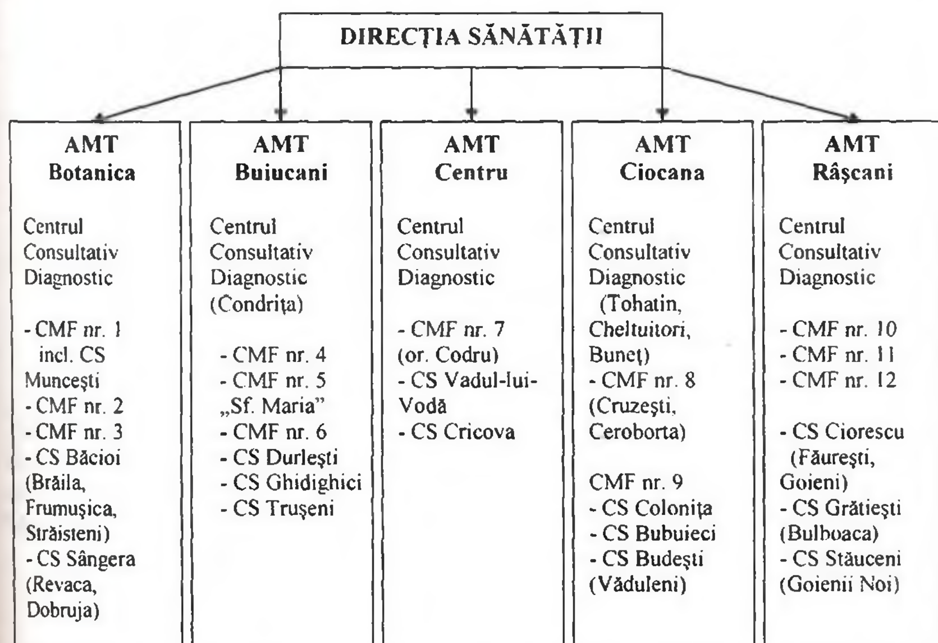


Figura 55. **Organigrama Serviciului AMP al municipiului Chişinău**

În municipiul Bălţi structura de baza a AMP este Centrul Medicilor de Familie municipal, care, spre deosebire de CMF din raioane, este o Instituţie Medico-Sanitară autonomă din punct de vedere juridic şi financiar (*figura 56*).

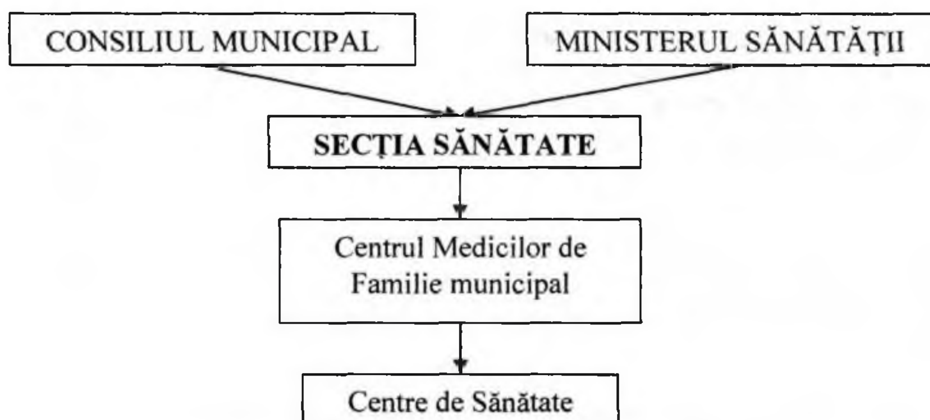


Figura 56. **Organigrama Serviciului AMP al municipiului Bălţi**

Centrul Medicilor de Familie al mun. Bălţi este o instituţie medicală primară şi se prezintă ca subiect de gospodărie autonom, având drept de persoană juridică, bilanţ independent, conturi separate în oficiile bancare, ştampilă cu denumirea sa. CMF îşi desfăşoară activitatea conform legislaţiei în vigoare, executând directivele şi instrucţiunile Ministerului Sănătăţii şi Secţiei Sănătate a primăriei mun. Bălţi.

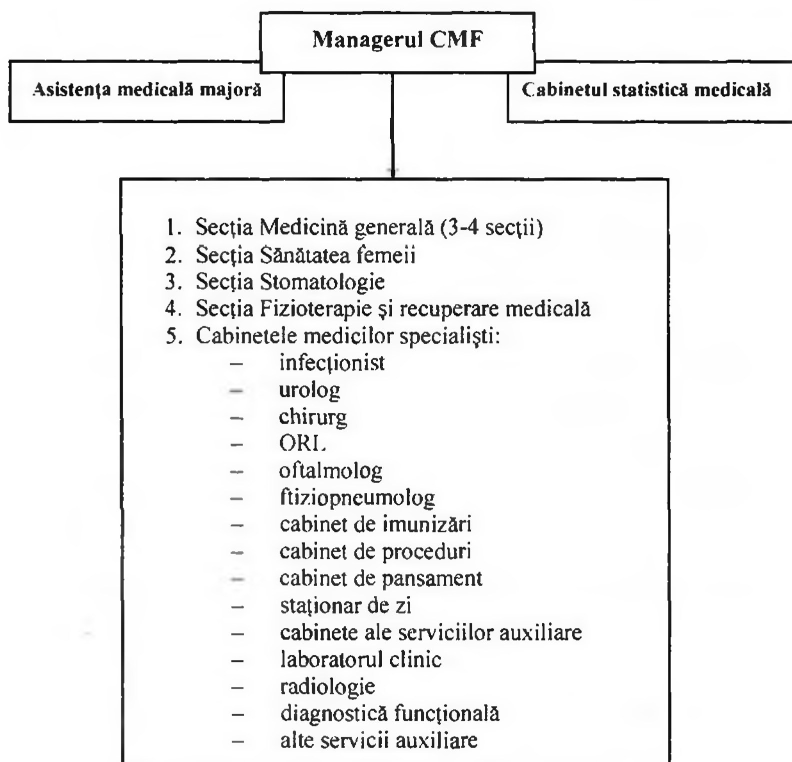


Figura 57. **Structura Centrului Medicilor de Familie**

Activitatea CMF este dirijată de manager – o persoană cu funcţii administrative, numit şi destituit din funcţie prin ordinul Secţiei Sănătate Bălţi, iar în Chişinău – prin ordinul Direcţiei Sănătăţii. În Chişinău managerul CMF este subordonat directorului AMT. În raport cu numărul populaţiei deservite din teritoriul încredinţat, în componenţa CMF pot fi organizate 2-3 şi mai multe secţii de medicină generală, în fruntea cărora se află şeful secţiei sau medicul-coordonator (figura 57). Luând în considerare faptul că în condiţii urbane medicul de familie îşi exercită funcţiile în cadrul CMF ce deserveşte circa 40-60 mii de locuitori, pentru coordonarea raţională a activităţii întregului personal de circumscripţie se creează secţii Medicină Generală, în componenţa cărora vor activa 10-12 medici de familie. Structura secţiei Medicină Generală şi statutul de funcţiuni se elaborează în conformitate cu normele unităţilor de state prevăzute de ordinele în vigoare ale Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova.

Secţia Medicină Generală este dirijată de şeful secţiei (coordonator), care se numeşte din rândurile medicilor de familie, având o pregătire în domeniu şi stagiu de lucru mai mare de 5-7 ani. În componenţa secţiei Medicină Generală activează medici de familie, medicul pediatru consultant, asistentele medicale ale medicilor de familie şi moaşa. Personalul medical cu studii medii speciale este dirijat nemijlocit de către asistenta medicală superioară a secţiei Medicină Generală. Statul de funcţii al secţiei medicină generală include:

Şeful secţiei Medicină generală	–	1,0 unitate
Medici de familie	–	10 - 12,0 unităţi
Medic-pediatru consultant	–	1,0 unitate
Asistentă medicală superioară	–	1,0 unitate
Asistente medicale ale MF	–	20 - 24 unităţi
Asistenta medicală a pediatrului consultant	–	1,0 unitate
Moaşă	–	1 - 2 unităţi
Registrator	–	2 unităţi
Personal medical inferior	–	3 - 4 unităţi

Astfel, secţia Medicină Generală are în deservire circa 15-18 mii de locuitori. Ţinând cont de faptul că în cadrul CMF unele servicii, cum ar fi: cabinetul de vaccinări, cabinetul de eliberare a certificatelor medicale, cabinetul de proceduri, serviciile de diagnostică şi consultative sunt comune pentru întreaga instituţie, secţia Medicină Generală include următoarele structuri funcţionale:

- Registratura (fişier-informaţie);
- Postul asistentei medicale coordonatoare;
- Cabinetul de triaj;
- Cabinetele de examinare ale MF;
- Cabinetul medicului pediatru-consultant;
- Cabinetul informaţional şi de instruire a populaţiei *(pentru mai multe secţii)*;
- Sala de lucru a medicilor de familie;
- Sala de lucru a asistentelor medicale.

Particularităţile existente în procesul organizării asistenţei medicale primare în condiţii urbane au impus efectuarea unor modificări în tehnologiile anterioare

privind dirijarea fluxului de pacienţi în cadrul secţiei Medicină Generală după principiul sistemului închis.

Acest principiu prevede renunţarea la sistemul vechi de amplasare a unei singure registraturi mari, comune pentru toate secţiile, în holul instituţiei de ambulatoriu, prin metoda descentralizării şi organizării registraturilor pentru fiecare secţie Medicină Generală, mai aproape de medicii de familie. Păstrarea fişelor de ambulatoriu în registratura secţiei Medicină Generală este asigurată după criteriul teritoriului deservit de medici, blocului locativ, membrilor familiilor luaţi la evidenţă.

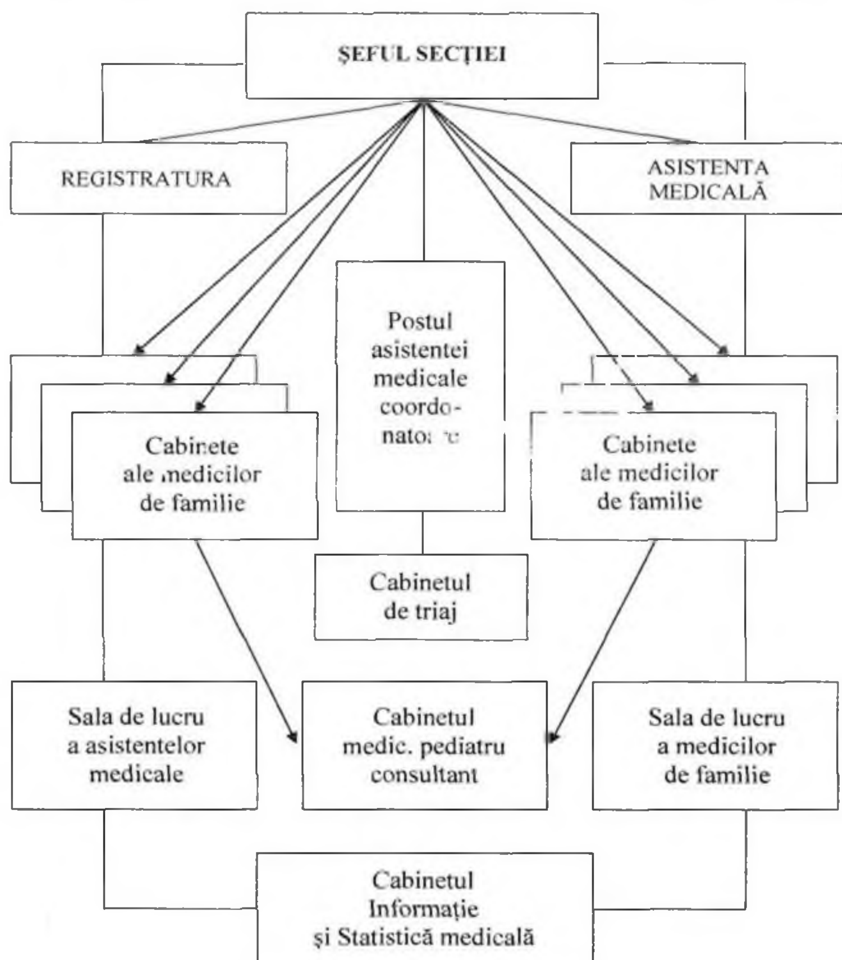


Figura 58. **Organigrama secţiei Medicină Generală**

Considerăm acest moment important din punct de vedere strategic şi necesar pentru implementarea în practica secţiilor Medicină Generală din alte teritorii în condiţii urbane. Organigrama-model a unei secţii Medicină Generală din Centrul Medicilor de Familie, care deserveşte populaţia urbană, poate avea componenţa prezentată în *figura 58.*

Pilonul secţiei Medicină Generală îl constituie medicul de familie cu pregătire specială în domeniu.

15.6. PARTICULARITĂŢILE ACTIVITĂŢII MEDICULUI DE FAMILIE

Pentru a înţelege mai bine esenţa medicinei de familie şi rolul medicului de familie în menţinerea şi ameliorarea sănătăţii populaţiei, ar fi raţional de efectuat un mic excurs în istoria dezvoltării acesteia.

Încă din 1923, în SUA, Francisc Peabody pledează pentru medicul generalist, dar tendinţa spre specializare continuă până după cel de-al II-lea Război Mondial, când în 1946, în Marea Britanie, medicul de medicină generală – „General Practitioner" – în asistenţa primară implică valenţe noi – înalt profesionalism şi asistenţă individualizată.

După anii '50, atât în Europa, cât şi în SUA, se prezintă studii şi argumente privind rolul şi locul medicului-generalist în asistenţa medicală. În 1959 se constituie la Viena Societatea Omnipracticienilor, la congresul cărora dr. K.J. Gartner prezintă referatul „Principiile proprii ale medicinii generale". În 1961, prin asocierea mai multor societăţi naţionale, Societatea Omnipracticienilor devine Societatea de Medicină Generală (SIMG), care organizează în fiecare toamnă congrese în Austria.

În 1963, R. Scoot, în Scoţia, la Edinburg, pune bazele primei catedre de medicină generală din lume şi este numit profesor universitar. Tot în 1963 pentru prima dată apare noţiunea de medic de familie. Primul pas major în dezvoltarea medicinii de familie a fost efectuat în Olanda, în 1964, când la Universitatea din Utreht a luat fiinţă prima catedră de medicină a familiei. Înfiinţarea acestei catedre a reprezentat o recunoaştere a medicinii familiei ca disciplină ştiinţifică. O asemenea recunoaştere a condus la introducerea unei forme de educaţie postuniversitară pentru formarea medicilor de familie. Bazele care au fost aşezate atunci sunt vizibile şi azi în structura învăţământului de specialitate.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii, în raportul 257/1963 al Comisiei de experţi, pune în dezbatere probleme referitoare la pregătirea specialiştilor pentru practica de medicină a familiei concluzionând: „comitetul constată în mod pregnant o nevoie semnificativă pentru formarea de medici de familie".

În 1966, Comisia Cetăţenească pentru Educaţie Postuniversitară dă credit practicii tradiţionale de medicină generală, creându-se „primary physician", iar în 1969 medicina familiei este recunoscută ca cea de-a 20-a specialitate în SUA.

În 1967 este fondată Uniunea Europeană a Medicilor-Generalişti cu participarea a 6 ţări vest-europene, ca un reprezentant politic al medicinii generale în Europa.

În 1970, Biroul regional pentru Europa al OMS organizează în Olanda o consfătuire cu tema: „Rolul medicului de prim contact în serviciile de sănătate" şi prima Conferinţă Internaţională a Profesorilor de Medicină Generală. În acelaşi an, ia fiinţă Academia Europeană a Instructorilor (Profesorilor) de Medicină Generală cu rol în impunerea medicinii generale ca disciplină în învăţământul medical. Astăzi, când această disciplină este recunoscută în aproape toate ţările Europei, rolul ei este de a stabili menirea şi locul medicului de familie în practica medicală, de a iniţia acţiuni privind calitatea pregătirii şi evaluarea acestor pregătiri, de a iniţia şi păstra standardele maximale în acordarea îngrijirilor de sănătate.

În 1972 este fondată Organizaţia Mondială a Colegiilor Naţionale şi Academiilor de Medicină Generală, organizaţie mondială ce reuneşte organizaţii şi instituţii naţionale implicate în pregătirea profesională a medicilor de medicină generală.

În 1980, în SUA au fost concepute 400 de programe de pregătire pentru medicul de familie.

Schimbările politice din 1989 aduc cu sine modificări în serviciul de sănătate din fostele țări socialiste și o întărire a rolului medicului de familie în asistența primară.

Al 46-lea Congres Internațional al SIMG (1992) are ca temă „Medicina Generală într-o Europă fără granițe". În 1993 are lor Congresul WONCA-SIMG la Haaga cu tema: „Calitatea asistenței în medicina familiei / medicina generală".

În 1995, la Strasbourg, în mod simbolic, chiar în sălile Parlamentului European, are loc inaugurarea Societății Europene de Medicină Generală / Medicina Familiei. În perioada 30 iunie – 4 iulie 1997, a avut loc la Praga (Republica Cehă) al II-lea Congres al Societății Europene de Medicină Generală / Medicina Familiei cu tema: „Prevenția în asistența medicală primară". Au luat parte delegați din 47 de țări.

Actualmente medicina familiei este recunoscută în toate țările lumii drept o specialitate distinctă, într-o continuă conturare și consolidare.

În Republica Moldova medicina de familie începe odată cu elaborarea „Concepției de reformare a sistemului sănătății în condițiile economice noi pentru anii 1997 – 2003", aprobată de către Guvernul RM prin Hotărârea nr. 668 din 17 iulie 1997. Esența acestei strategii de dezvoltare a sistemului de sănătate constă în elaborarea și implementarea politicii, care ar asigura accesul deplin al populației la servicii medicale calitative, bazate, în primul rând, pe medicina primară, susținută de cea secundară și terțiară.

Dezvoltarea de facto a medicinii de familie pornește de la începutul instruirii medicilor de familie în cadrul Facultății de Perfecționare a Medicilor a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", în anul 1988. Ulterior, din anul 1993 se efectuează instruirea postuniversitară a MF prin internatură (1 an), iar din 1997 – instruirea prin rezidențiat (3 ani). Anul 1998 este marcat prin fondarea Catedrei Medicina de Familie, iar peste doi ani se instituie Asociația Medicilor de Familie. Tot în același an, 2000, în mun. Chișinău, se organizează Primul Congres al Medicilor de Familie din Republica Moldova cu participarea membrilor asociației MF. În scopul perfecționării calității serviciilor primare, în anul 2001 se deschide Centrul Model de instruire a Medicilor de Familie și de Asistență Medicală Primară, iar în anul 2003 – Clinica Universitară de Asistență Primară.

Astăzi medicul de familie este figura centrală a Sistemului de Sănătate. În marea majoritate a problemelor el încearcă o soluționare a lor împreună cu pacientul. În unele cazuri, cooperarea lui cu o altă disciplină din prima linie are sens; în altele, medicul de familie solicită ajutorul unui specialist din a doua linie. Din ce în ce mai mult, medicul de familie lucrează, însă, în direcția rezolvării problemelor de către singur pacient cu sau fără colaborarea cu specialiștii din jurul său. Din poziția crucială pe care o are în acest cadru al Sistemului de Sănătate, rezultă o serie de funcții ale lui. Acestea sunt atât de orientate spre a ajuta cât mai mult pacientul, încât, implicit, ele ajută ca sistemul serviciilor medicale să funcționeze cât mai bine.

Din structurarea construcției sistemului de ocrotire a sănătății se desprind o serie de îndatoriri ale medicului de familie. Acestea sunt de trei feluri: curative, preventive și de semnalare.

Obligaţiuni curative

Cea mai mare parte a muncii medicului de familie se referă la cea curativă. Această activitate nu poate fi înţeleasă numai conform schemei anamneză – cercetare – diagnostic – terapie. Conţinutul ajutorului curativ acordat de medicul de familie este determinat şi de locul pe care el îl ocupă în cadrul sistemului serviciilor medicale. Acesta determină cât de departe trebuie să meargă medicul de familie cu diagnosticul şi terapia, care aspecte ale acestora vor fi antrenate, în ce situaţii trebuie stabilită o colaborare şi cu cine. Poziţia lui în prima linie determină, de asemenea, ce date anume vor fi culese şi cum vor fi implicate în activitatea lui.

Obligaţiuni preventive

O parte din boli medicul de familie nu numai că le poate vindeca, ba chiar le poate preveni. În astfel de situaţii este vorba de ***prevenţia primară.*** Aici se au în vedere bolile infecţioase de diversă natură, contra cărora este posibilă imunizarea pasivă şi activă (ca de exemplu, contra tusei convulsive, tetanosului, poliomielitei, rujeolei şi rubeolei).

Alături de acestea, mai sunt posibile şi alte forme de prevenire. Datorită cercetărilor prenatale ale lichidului amniotic este posibilă depistarea timpurie a anomaliilor genetice şi malformaţiilor congenitale. În alte cazuri medicul de familie poate preveni prin identificarea timpurie a bolii, când sunt prezente numai elemente prevestitoare. Ceea ce ţine de identificarea precoce a bolilor este denumit ***prevenţie secundară.***

Alături de prevenţia primară şi secundară, se distinge şi ***prevenţia terţiară.*** Sub acest nume se va înţelege preîntâmpinarea consecinţelor bolilor şi afecţiunilor (reabilitarea). Se aspiră astfel la restabilirea cât mai deplină a funcţiilor organismului şi, ca atare, este identică cu revalidarea.

Semnalarea

Paralel cu activitatea curativă şi cea preventivă, îndeplinite în folosul pacienţilor în mod individual, medicul de familie are şi îndatoriri faţă de comunitate. Mai exact, este vorba de faptul că bolile şi suferinţele unor bolnavi pot avea consecinţe pentru alţii, în special în cazul prevenţiei bolilor contagioase, epidemice. Mai puţin clară este îndatorirea medicului de familie atunci când el se confruntă cu diverşi factori sociali şi de stres, care cauzează procese de îmbolnăvire. Medicul de familie este primul, şi cel mai frecvent singurul care poate semnala o posibilă identificare a factorilor ce pot dăuna sănătăţii comunităţii.

Deci, medicul de familie îndeplineşte atât sarcini curative, cât şi preventive. În plus, el are şi o activitate de semnalare: poate avertiza societatea în cazul când apar sau probabil vor apare anormalităţi. Puterea lui constă în aceea că el îndeplineşte aceste sarcini ca fiind părţi interdependente. Poziţia medicului de familie are o serie de consecinţe şi, ca atare, el trebuie să îndeplinească un număr de funcţii, despre care vom vorbi mai jos.

Funcţia de sine stătătoare

Medicul de familie trebuie să analizeze în ce constă problema ce urmează a fi rezolvată. El nu trebuie să se limiteze doar la întrebarea dacă există un proces de îmbolnăvire şi dacă da – care anume? El trebuie deopotrivă să-şi pună întrebarea cum vede pacientul însuşi problema şi ce fel de ajutor trebuie să-i indice. În mod special, medicul de familie are datoria de a pune diagnosticul timpuriu.

Funcția de ghid

Dacă un pacient are nevoie de ajutorul unui expert, el trebuie sfătuit în alegerea acestuia. Atât în domeniul serviciilor medicale somatice, cât şi în cel al serviciilor psihice şi sociale, au apărut numeroşi experți (care practică medicina tradițională şi netradițională), încât este necesară o ghidare pentru a găsi calea potrivită. Totodată medicul de familie îndeplineşte rolul de intermediator între pacient şi specialist.

Funcția de interpret

Dacă un pacient este pentru prima oară în contact cu medicina de specialitate, el primeşte informații pe care nu le poate înțelege. Dacă medicul de familie îşi cunoaşte bine pacientul, atunci el are ocazia să-i explice cum trebuie să înțeleagă o informație şi-l poate ajuta să o aplice.

Funcția de urmărire

Medicul de familie nu are funcții numai de inițiere a procesului de acordare a ajutorului. El trebuie să urmărească, de asemenea, pacienții cu afecțiuni cronice sau cu tratamente îndelungate, manifestând o atenție deosebită față de pacient. El este dator să urmărească procesele de boală şi, pe cât este posibil să le influențeze în mod favorabil.

Conținutul activității medicului de familie este determinat mai ales de către medicina cursului vieții, de cea integrală şi de cea de familie. Aceasta oferă posibilitatea ca pacientul să fie văzut ca un om cu o istorie, ca o ereditate şi în interdependență cu mediul său. Ultimul scop al medicului de familie este, deci, de a promova integrarea acestor aspecte.

Medicul de familie, în Republica Moldova îşi desfăşoară activitatea într-un teritoriu bine determinat. Conform obligațiunilor funcționale, el asigură în teritoriul deservit acordarea asistenței medicale la vizita pacientului în cadrul oficiului medicului de familie, care poate fi drept structură de sine stătătoare la nivel de comună sau poate fi în cadrul instituției medicale primare şi la domiciliu întregii familii, în mod programat şi în cazuri de urgență.

Medicul de familie desfăşură patru genuri de activitate:

1. Profilaxia, diagnosticul şi tratamentul (inclusiv supravegherea medicală) pacientului, precum şi reabilitarea lui (primul gen de activitate).
2. Acordarea asistenței medicale de urgență şi ajutorului medical în situații extremale (al II-lea gen de activitate).
3. Efectuarea manipulaților medicale (al III-lea gen de activitate).
4. Servicii organizatorice (al IV-lea gen de activitate).

În conformitate cu obligațiunile profesionale, cerințele în vigoare şi genurile de activitate menționate, medicul de familie trebuie să organizeze activități referitoare la:

- ➢ educația sanitaro-igienică a populației (şcolarizarea populației din grupurile de risc);
- ➢ promovarea modului de viață sănătos;
- ➢ profilaxia primară şi secundară (planificarea şi supravegherea imunoprofilaxiei dirijate, supravegherea patologiei cronice în scopul prevenirii complicațiilor şi invalidității);
- ➢ planificarea familiei;
- ➢ educația sexuală a tinerei generații;

- educaţia copilului sănătos;
- organizarea explorărilor clinice şi paraclinice (de laborator şi funcţionale), conform patologiei suspectate, prin implicarea subdiviziunilor respective ale CMF.
- la necesitate, asigurarea, prin trimitere, a consultaţiei bolnavilor de către specialiştii de profil şi spitalizarea lor în modul stabilit;
- utilizarea în practica sa a metodelor contemporane de profilaxie, diagnostic şi tratament al maladiilor;
- direcţionarea activităţii profilactice, în scopul depistării formelor precoce ale patologiei şi a factorilor de risc de îmbolnăvire;
- supravegherea şi asistenţa medicală prenatală şi postnatală, conform directivelor în vigoare ale Ministerului Sănătăţii;
- asigurarea supravegherii şi asistenţei medicale copilului, în special de vârstă fragedă, conform profesiogramei şi cerinţelor în vigoare;
- efectuarea expertizei incapacităţii temporare de muncă, trimiterea la Comisia Medicală de Expertiză a Vitalităţii;
- supravegherea stării sanitaro-igienice, caracteristicii ecologice şi epidemiologice a teritoriului deservit, în comun cu colaboratorii structurilor medicinii preventive teritoriale;
- organizarea ajutorului medico-social şi managerial familiei, persoanelor social defavorizate în comun cu serviciile comunităţii, organele protecţiei sociale, serviciile de caritate, ONG-urile, reprezentanţii diferitor confesiuni religioase, în scopul ajutorului oportun la asigurarea examinărilor screening, suportului material, ajutorului medicamentos, desfăşurarea măsurilor profilactice, cu cuprinderea maximală a populaţiei;
- analiza continuă a activităţii sale şi evidenţa statistică a volumului de lucru efectuat.

Pentru exercitarea corectă şi necondiţionată a acestor funcţii, medicul de familie urmează a fi asigurat cu documentaţie medicală şi formularele statistice necesare, care vor include toată informaţia, vizând starea socio-economică, factorii ereditari şi biologici, riscurile de îmbolnăvire, prezenţa maladiilor cronice severe etc.

În conformitate cu cerinţele ordinului Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova nr. 139 din 28.05.2002, cu modificările aprobate prin ordinul MSPS nr. 470 din 10 noiembrie 2006, medicul de familie este obligat să întocmească un şir de formulare noi, care au drept scop formarea bazelor de date medico-sociale ce vor reflecta starea sănătăţii populaţiei după vârstă, sex şi prezenţa maladiilor cronice, pentru determinarea priorităţilor în activitatea sa cotidiană şi de perspectivă, mai ales în condiţiile asigurărilor medicale obligatorii.

Aceste formulare prezintă următoarele documente de bază:

- Formularul nr. 025/e „Fişa medicală a bolnavului de ambulatoriu";
- Formularul nr. 075/e „Registrul medicului de familie privind evidenţa gravidelor";
- Formularul nr. 166/e „Registrul de evidenţă a stării sănătăţii populaţiei (date generale)";
- Formularul nr. 166-1/e „Registrul de evidenţă a stării sănătăţii populaţiei (bolile cronice)";

- Formularul nr. 166-2/e „Registrul de evidență a stării sănătății populației (femei)";
- Formularul nr. 166-3/e „Registrul de evidență a stării sănătății populației (copii)".

Documentele de bază pentru evidențierea dinamicii dezvoltării individului, măsurilor profilactice efectuate, elucidării stării de sănătate pe parcursul vieții este fişa de ambulatoriu, formularul statistic F-025/e.

Alte documente medicale, necesare pentru statistică, pe care medicul de familie este obligat să le îndeplinească şi să le prezinte în Secţia de Informaţie şi Statistică medicală a instituției medico-sanitare CMF, sunt cele recomandate de către MS al RM.

Indicii de bază ce caracterizează activitatea medicului de familie pot fi:

A. INDICATORI CANTITATIVI:

1. Numărul de bolnavi deserviți la domiciliu (vizite active şi prin chemări).
2. Numărul de vizite efectuate la CMF (primare şi repetate).
3. Numărul de bolnavi trimişi la staționar de zi, spitalizați în mod programat şi de urgență.
4. Numărul de bolnavi aflați la evidență medicală şi supraveghere, inclusiv copii, adolescenți, femei gravide, invalizi şi participanți la diferite războaie, conflicte militare etc.

B. INDICATORI CALITATIVI:

1. Natalitatea.
2. Mortalitatea generală, inclusiv în vârstă aptă de muncă, infantilă, perinatală, maternă.
3. Sporul natural al populației.
4. Morbiditatea generală şi complicațiile ce pot apărea pe parcursul anului la următoarele grupuri de bolnavi aflați sub supraveghere medicală:
   - La grupul de bolnavi cu maladii cardiovasculare: infarctul miocardului; accidentele cerebrovasculare.
   - La grupul de bolnavi cu maladii gastroenterologice: hemoragiile gastrointestinale; perforația ulcerului stomacal; penetrația ulcerului stomacal; stenozarea ulcerului stomacal; malignizarea ulcerului stomacal; cirozele hepatice.
   - La grupul de bolnavi cu maladii ale sistemului respirator: astmul bronşic; abcesul pulmonar; hemoragiile pulmonare; tuberculoza pulmonară; tumorile.
   - Cazuri de depistare în grad avansat a: proceselor canceroase; tuberculozei; diabetului zaharat; glaucomului.
5. În pediatrie: cota copiilor sub 1 an alimentați natural; indicele sănătății copiilor primului an de viață; ponderea copiilor de vârstă fragedă în grup de risc şi structura ei.
6. În obstetrică-ginecologie: evidența gravidelor până la 12 săptămâni de sarcină; ponderea naşterilor înainte de termen; planificarea familială.
7. Indicii cuprinderii prin metoda imunoprofilaxiei a contingentelor respective de populație.

C. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ:

Indicatorii de performanță pentru AMP sunt divizați în trei categorii:

1) Promovarea sănătății cuprinde strategiile bazate pe populație și axate pe factorii de risc majori ai maladiilor, în principal prin eforturile de a modifica comportamentul privind sănătatea.

În subgrupa de indicatori pentru promovarea sănătății este reprezentat indicatorul pentru monitorizarea precoce a gravidelor (prima vizită în primul trimestru).

Un aspect al promovării sănătății care rămâne neabordat este consumul excesiv de alcool și fumatul. Pentru acestea nu au fost identificați indicatori adecvați.

2) Profilaxia abordează serviciile organizate axate pe populație în domenii precum vaccinarea, screeningul și asistența prenatală. Subgrupul de indicatori pentru profilaxie este reprezentat prin:

- profilaxia anemiei la gravide;
- screeningul pentru anemie al gravidelor;
- monitorizarea dezvoltării intrauterine a fătului;
- profilaxia malformațiilor congenitale;
- screeningul cancerului de col uterin;
- screeningul cancerului mamar;
- depistarea hipertensiunii arteriale;
- depistarea diabetului zaharat;
- controlul contacților în focarul de tuberculoză.

3) Diagnosticul și tratamentul include activitățile de diagnostic și terapeutice considerate ca fiind prima linie de asistență medicală. Subgrupul este reprezentat prin:

- managementul hipertensiunii arteriale;
- depistarea tuberculozei;
- tratamentul tuberculozei;
- abandonul tratamentului tuberculozei.

D. CRITERII DE CALITATE CENTRATE ASUPRA PACIENTULUI:

1. Numărul de reclamații ale pacienților.
2. Percepția accesului.
3. Percepția continuității.
4. Percepția informării.
5. Percepția confidențialității și respectului.
6. Percepția curățeniei.
7. Satisfacția partenerilor.

Activitatea medicului de familie în circumscripție nu poate fi concepută fără o conlucrare armonioasă și eficientă cu ajutorul său de bază – asistenta medicală. Asistenta medicală a medicului de familie, prin specificul activității sale profesionale, este responsabilă de următoarele funcții:

- participarea sistematică la diverse programe de educație sanitaro-igienică;
- asigurarea recensământului anual al populației din sectorul deservit de către medicul de familie;
- participarea la programarea și realizarea măsurilor profilactice, diagnostice și curative, conform indicațiilor medicului de familie, atât în cadrul locului de muncă, cât și la domiciliul bolnavului;

– colectarea şi analiza informaţiei necesare medicului de familie ce ţine de starea sănătăţii publice din teritoriul deservit;

– pregătirea locului de muncă, utilajului, instrumentarului, fişelor medicale ale pacienţilor, formularelor de reţetă ş.a. tipuri de documentaţie medicală;

– posedarea cunoştinţelor şi în caz de necesitate, acordarea primului ajutor medical bolnavilor în diferite stări de urgenţă ce pun în pericol viaţa şi să participe activ la procesul de spitalizare a lor;

– respectarea regimului sanitaro-igienic în cadrul cabinetelor de examinări ale medicilor de familie, cabinetului de triaj; regulilor asepticii şi antisepticii, condiţiilor de sterilizare a instrumentarului şi materialelor de lucru, respectarea măsurilor de prevenire a complicaţiilor postinjectabile, hepatitei virale, SIDA, în conformitate cu cerinţele în vigoare;

– respectarea eticii şi deontologiei medicale;

– supravegherea în dinamică a stării sănătăţii contingentului de populaţie deservit în scopul depistării precoce şi prevenirii patologiei;

– patronajul activ al gravidelor şi copiilor în primul an de viaţă;

– realizarea măsurilor imunoprofilactice a maladiilor infecţioase la contingentul deservit;

– realizarea măsurilor antiepidemice în focarele înregistrate în teritoriul deservit;

– propagarea şi formarea deprinderilor modului sănătos de viaţă la populaţia deservită;

– acordarea asistenţei consultative familiilor privind problemele alimentaţiei raţionale, culturii fizice, planificării familiei, educaţiei sexuale, organizării optimale a regimului de lucru şi odihnă;

– participarea la instruirea părinţilor tineri şi a membrilor familiei referitor la nursingul bolnavilor şi copilului sănătos.

Pentru deservirea calitativă prioritară a copiilor de vârstă fragedă, medicii de familie conlucrează cu medicul pediatru-consultant, în scopul soluţionării cazurilor complicate de îmbolnăvire sau de supraveghere a copiilor, mai ales a celor de vârstă fragedă.

Obligaţiunile de funcţie ale medicului pediatru-consultant prevăd:

– examinarea de comun cu medicul de familie sau la trimiterea lui a copiilor primului an de viaţă la vârsta de 1, 3, 6 şi 12 luni (cu atenţie prioritară asupra copiilor cu stări de fond);

– precizarea diagnosticului, grupului de sănătate, grupului de risc, dezvoltării fizice şi neuropsihice, indicarea recomandărilor vizând regimul zilei, alimentaţiei, imunoprofilaxiei etc.;

– acordarea ajutorului metodic şi practic medicului de familie în cazurile aplicării tehnologiilor recomandate de OMS/UNICEF privind conduita în infecţiile respiratorii acute, bolile diareice acute, conduita integrată la copii, alimentaţia naturală a sugarului şi depistarea maladiilor de fond;

– depistarea şi referirea, de comun cu medicul de familie, a copiilor care necesită consultarea la Centrul Perinatologic;

– organizarea şi desfăşurarea seminarelor, discuţiilor la şedinţele de lucru în secţie a cazurilor dificile de diagnostic şi tratament al copiilor de diverse vârste, inclusiv în cazurile de deces.

O altă particularitate a organizării asistenței medicale primare în cadrul secției Medicină Generală, aplicată deja în condiții urbane și posibilă de implementat în CMF raionale, este necesitatea dirijării fluxului de pacienți prin metoda preselecției, cu efectuarea unor examinări screening, cât și a unor teste preliminare consultației medicului de familie.

În aceste scopuri, în cadrul secției Medicină Generală, se recomandă organizarea cabinetului de triaj, în care activează după principiul rotației asistentele medicale ale medicilor de familie. Astfel, cabinetul de triaj îndeplinește unele funcții ce nu solicită implicarea directă a medicului de familie. Responsabilitățile de bază ale asistentei medicale din cabinetul de triaj sunt:

- măsurarea temperaturii, tensiunii arteriale, tensiunii intraoculare;
- măsurarea frecvenței contracțiilor cardiace, determinarea frecvenței respirației;
- efectuarea antropometriei la adulți și copii;
- completarea inițială a documentației medicale primare, cu trecerea în fișa de ambulatoriu a rezultatelor examinărilor preventive obținute;
- trimiterea pacientului la examinările medicale profilactice;
- efectuarea indicațiilor medicului de familie în cazul stărilor de urgență;
- glucometria (după necesitate).

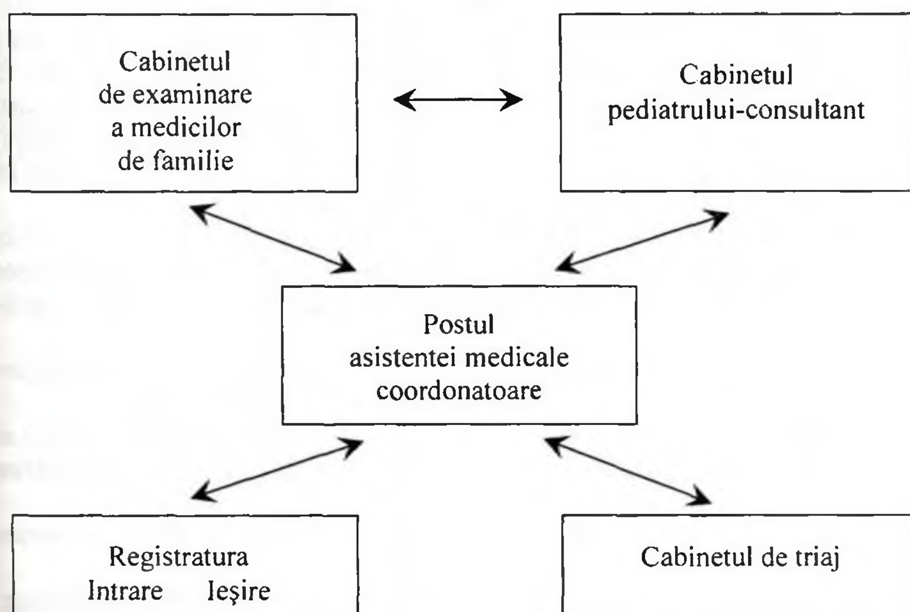


Figura 59. **Dirijarea fluxului de pacienți în cadrul Centrelor Medicilor de Familie**

În condițiile sporirii accesibilității populației la serviciile medicale primare, acordate prin intermediul medicilor de familie, în cadrul Centrelor Medicilor de Familie, apare necesitatea dirijării fluxului de pacienți pe parcursul zilei de lucru. Din aceste motive și în scopul minimalizării timpului de așteptare a pacienților care necesită examinarea și consultarea medicului de familie, se recomandă de a

practica metoda dirijării fluxului de pacienţi prin instituirea unui post special al asistentei medicale coordonatoare, care activează după acelaşi principiu de rotaţie ce se practică şi în cabinetele de triaj (*figura 59*).

15.7. DIRIJAREA FLUXULUI DE PACIENŢI ÎN SECŢIA MEDICINĂ GENERALĂ A CMF

La intrarea în secţie, pacientul, de regulă, se adresează la registratură, unde se precizează prezenţa fişei de ambulatoriu, timpul ultimei adresări şi alte informaţii.

De la registratură pacientul se adresează la postul asistentei medicale coordonatoare, care în funcţie de motivul adresării pacientului, lipsa sau prezenţa investigărilor screening, decide mişcarea ulterioară a lui. Astfel, pacientul poate fi trimis la cabinetul de triaj sau direct în cabinetul de examinare a medicului de familie. După necesitate, la trimiterea medicului de familie, tot prin intermediul asistentei medicale coordonatoare, pacientul este îndreptat la cabinetul pediatrului-consultant sau în alte subdiviziuni ale Centrului Medicilor de Familie pentru examinări speciale sau consultări ale medicilor de profil îngust.

Tehnologia propusă de dirijare a fluxului de pacienţi prin asistenta medicală coordonatoare permite evitarea mişcărilor haotice ale vizitatorilor prin secţie şi coridoarele Centrului Medicilor de Familie, economisirea timpului pacienţilor şi asigură o utilizare optimală a timpului de lucru al medicilor cu reducerea maximală a activităţilor de rutină. Modelul dat nu necesită majorarea numărului unităţilor de state, dar prevede extinderea obligaţiunilor funcţionale şi a responsabilităţilor atât ale medicilor de familie, cât şi ale asistentelor medicale care activează în cadrul CMF. Astfel, asistenta medicală a medicului de familie în calitate de persoană de gardă la postul asistentei medicale coordonatoare asigură:

- optimizarea timpului pacientului cu scop de pregătire a vizitei la medicul de familie prin precizarea şi informarea lui despre necesitatea efectuării unor examinări preliminare în cabinetul de triaj, testări speciale, examinări profilactice etc.;
- întocmirea unor documente medicale necesare pentru trimiterea pacienţilor la examinări sau consultări ale specialiştilor în alte subdiviziuni;
- prezentarea de informaţii suplimentare pacienţilor despre orarul de lucru al medicilor de familie, specialiştilor de profil îngust şi serviciilor diagnostice auxiliare;
- reglarea torentului de pacienţi spre cabinetele funcţionale din cadrul secţiei Medicină Generală;
- îndeplinirea şi verificarea trimiterilor la diferite investigaţii de laborator, examinări diagnostice la indicaţia medicului de familie, inclusiv a bonurilor de plată pentru unele servicii ce nu sunt prevăzute în mod gratuit, după necesitate;
- participarea la acordarea asistenţei medicale pacienţilor în stări de urgenţă;
- supravegherea respectării ordinii publice şi regulamentului de ordine interioară a secţiei Medicină Generală.

Activitatea eficientă a medicului de familie este dependentă de dotarea tehnică şi asigurarea cu mobilier. În scopul asigurării consultaţiilor şi examinărilor pacien-

ţilor în funcţie de patologie, vârstă şi motivul adresării se recomandă a prevedea următoarele poziţii de mobilier şi echipament medical:

1. Mese de birou – 1, 2
2. Noptieră
3. Scaune – 3, 4
4. Banchetă (masa de examinare)
5. Masă pentru examinarea sugarilor
6. Cântar medical pentru sugari
7. Dispozitiv pentru determinarea lungimii sugarilor
8. Valiza medicului de familie, cu medicamentele pentru ajutor de urgenţă la domiciliu şi unele accesorii medicale
9. Stetofonendoscop
10. Stigmomanometru
11. Otooftalmoscop
12. Termometru medical
13. Camerton
14. Panglică centimetrică
15. Măsuţă pentru instrumente medicale
16. Pelvimetru
17. Set pentru examinare neurologică
18. Accesorii medicale (spatule, tăviţe metalice, vase pentru termometre şi instrumente utilizate)

În scopul asigurării examinărilor preventive ale pacienţilor care necesită consultarea medicului de familie, cabinetul de triaj urmează a fi dotat cu următoarele poziţii:

1. Masă de scris
2. Măsuţă pentru instrumente medicale
3. Cuşetă
4. Cântar pentru maturi
5. Dispozitiv pentru determinarea înălţimii maturilor
6. Tabel „vizus" pentru determinarea acuităţii văzului
7. Masă pentru examinarea sugarilor
8. Set de tonometrie oculară
9. Sfigmonanometru
10. Stetofonendoscop
11. Termometre medicale
12. Stativ pentru infuzii
13. Garou hemostatic
14. Set de medicamente în volum minim necesar pentru acordarea posibilă a asistenţei medicale de urgenţă
15. Lampă bactericidă
16. Aparat pentru tonometrie oculară
17. Glucometru
18. Electrocardiograf

Un rol important în activitatea medicilor de familie ce ţine de instruirea şi educarea populaţiei la capitolul respectării modului sănătos de viaţă îl are cabinetul

informațional. Acest cabinet concomitent are menirea de a servi drept sală de autoinstruire și perfecționare a măiestriei profesionale pentru toți colaboratorii medicali ai secției. În aceste scopuri dotarea cabinetului informațional prevede:

1. Mese de lucru – 5, 6
2. Scaune – 10, 12
3. Echipament audio-vizual (computer, televizor, video, casete cu materiale medicale informative)
4. Bibliotecă cu tematica medicală pentru personal
5. Materiale informative pentru pacienți

Pentru crearea condițiilor optime de lucru ale lucrătorilor medicali este necesar de a prevedea săli de lucru speciale pentru asistente medicale și medici. Aceste săli de lucru se recomandă a fi dotate cu mobilier de birou, frigider și alte accesorii necesare pentru lucru și recrearea personalului medical.

15.8. DISPENSARIZAREA POPULAȚIEI

Dispensarizarea populației este un compartiment important în activitatea medicilor de familie. Fiecare instituție primară, în conformitate cu profilul său de activitate, efectuează dispensarizarea diferitor grupuri de populație și a unor contingente de bolnavi.

Prin activitatea de profilaxie se subînțelege activitatea instituțiilor medicale orientată spre realizarea scopurilor și sarcinilor direcției profilactice a ocrotirii sănătății, care constau în realizarea măsurilor sanitaro-igienice, depistarea precoce a bolilor, înlăturarea factorilor de risc și efectuarea măsurilor de întremare. Profilaxia medicală include două direcții principale – profilaxia bolilor contagioase și profilaxia bolilor cronice necontagioase. Comitetul de experți al OMS a trasat trei direcții în acest domeniu: profilaxia primară, secundară și cea terțiară, care au fost caracterizate anterior.

Dispensarizarea constituie metoda activă de observare a oamenilor sănătoși, a persoanelor care sunt supuse acțiunii factorilor de risc, precum și a bolnavilor. Scopul dispensarizării constă în ocrotirea și ameliorarea sănătății publice, mărirea longevității oamenilor și sporirea productivității muncii lor, studierea și ameliorarea condițiilor de lucru și de trai, efectuarea în masă a unui complex de măsuri social-economice, sanitaro-igienice și curativo-profilactice speciale.

Sarcinile fundamentale ale dispensarizării populației sunt:

- determinarea stării de sănătate a fiecărui cetățean în cadrul examenului medical anual;
- aprecierea sănătății prin prisma particularităților de vârstă, sex și profesie;
- observarea activă în dinamică a stării sănătății persoanelor bolnave și care sunt supuse acțiunii factorilor de risc;
- depistarea și înlăturarea cauzelor care au favorizat apariția bolii;
- efectuarea la timp a măsurilor curativo-profilactice.

Experiența dezvoltării ocrotirii sănătății ne demonstrează că nu este posibil de a lua în evidență prin dispensarizare întreaga populație. Ca urmare, se efectuează dispensarizarea grupurilor de risc (copiii, adolescenții, gravidele, lucrătorii și funcționarii care lucrează în condiții nocive etc.) Măsurile organizatorice de dispensarizare se efectuează în două etape – de pregătire și de lucru.

Etapa de pregătire prevede: organizarea brigăzilor pentru efectuarea examinării, elaborarea sistemului de înştiinţare a populaţiei, pregătirea încăperilor, stabilirea contingentului de populaţie ce va fi examinat, efectuarea seminarelor pentru medici etc.

Etapa de lucru începe cu organizarea unui sistem stabil de efectuare a examinării medicale anuale.

Realizarea în practică a dispensarizării de către instituţiile sanitare prezintă în sine un proces alcătuit din trei faze:

Faza I – evidenţa şi examinarea populaţiei în scopul depistării bolilor în stadiile precoce şi a factorilor de risc.

Faza II – efectuarea măsurilor profilactice, curative şi de asanare.

Faza III – supravegherea în dinamică a stării sănătăţii fiecărui individ şi aprecierea eficacităţii măsurilor întreprinse.

La efectuarea dispensarizării anuale trebuie să participe toate instituţiile medicale primare şi sanitaro-igienice cu antrenarea celor superioare de învăţământ medical, de cercetări ştiinţifice de profil, organizaţiilor obşteşti. Este obligatorie succesiunea şi interconexiunea dintre toate instituţiile la care se poate adresa bolnavul pentru a fi examinat şi pentru a i se acorda asistenţă curativo-profilactică.

Planificarea măsurilor privind organizarea dispensarizării se efectuează de către medici, dar responsabilitatea pentru acest lucru o poartă conducătorii organelor şi instituţiilor sanitare. Conducerea metodică este realizată de către cabinetele organizator-metodice. Un rol important în efectuarea dispensarizării populaţiei revine medicului de familie, care:

- organizează evidenţa locuitorilor după principiul teritorial;
- planifică continuitatea şi participă la efectuarea examenelor medicale profilactice, iar în caz de necesitate consultă medicii altor specialităţi;
- alcătuieşte planuri individuale de măsuri curative şi de asanare, pe care ulterior le efectuează;
- supraveghează în dinamică bolnavii care se află la evidenţă de dispensar.

Medicii consultanţi supraveghează în dinamică persoanele cu patologie depistată (după specialitate), efectuează măsuri curative şi de asanare pentru bolnavi şi persoanele cu factori de risc.

Medicii serviciului sanitaro-epidemiologic, anual, în lunile octombrie-noiembrie, alcătuiesc lista persoanelor de diverse profesii care urmează a fi supuse examenului medical-profilactic sau vaccinării. Ulterior, acest plan este aprobat de administraţia întreprinderii şi centrul teritorial de igienă şi epidemiologie (CIE). După expirarea termenului efectuării examenelor medico-profilactice medicii primesc listele nominale în care se notează datele examinării şi ale vaccinărilor profilactice, efectuează controlul realizării măsurilor curativo-profilactice, vizând persoanele cu patologii profesionale şi participă la elaborarea planului de măsuri privind profilaxia tuberculozei printre persoanele incluse în grupa de risc şi cele cu maladii profesionale.

În condiţiile dispensarizării populaţiei examenul medical anual poate fi efectuat după principiul screeningului primar, care dă posibilitatea de a repartiza examinaţii pe grupuri. Esenţa screeningului constă în completarea şi analiza ulterioară a chestionarelor referitoare la anumite maladii. Această metodă este ieftină şi eficace

în evidențierea persoanelor potențial bolnave, dar are un nivel subiectiv, din care considerente necesită a fi completată cu examene aprofundate ce permit stabilirea diagnosticului (screeningul secundar).

Folosirea anchetelor speciale și generale, efectuarea probelor funcționale și a altor cercetări diagnostice constituie *nivelul I* de examinare; *nivelul II* prevede examinarea obligatorie a pacienților de către medicul de familie sau specialiști după indicații; *nivelul III* include participarea serviciului specializat.

Examinările descrise permit clasificarea populației după grupele de sănătate.

Grupa I reprezintă persoanele sănătoase, la care toți parametrii fiziologici se află în limitele normei. Pentru grupa dată controlul se planifică o dată în an, supravegherea individuală constă în testare, efectuarea probelor funcționale și a minimului de cercetări diagnostice, examinări finale și convorbiri cu medicul.

Grupa II o constituie persoanele practic sănătoase, la care toți parametrii fiziologici se află la limita de jos a normei, dar periodic pot apărea abateri de la normă. Manifestările clinice ale bolii lipsesc, funcțiile organelor și sistemelor nu sunt dereglate. Controlul se efectuează minimum de 2 ori pe an cu scopul diagnosticării precoce a eventualelor maladii.

Măsurile profilactice în această grupă sunt orientate spre prevenirea dezvoltării patologiei: măsurile antitabagism, antialcoolism, antiobezitate etc. Sunt efective măsurile de antrenare fizică, ocupațiile în grupele de sănătate, corecția condițiilor de muncă, de trai, farmacosanația, inclusiv vitaminizarea și folosirea substanțelor farmaceutice naturale.

Grupa III include bolnavii în stadiu de compensare totală a procesului, indicii fiziologici fiind aproape în limitele normei; boala se află în faza inițială, semnele obiective ale ei fiind manifeste, complicațiile, recidivele și acutizările lipsesc în decursul anului, e posibilă, însă, evoluția inversă a procesului sau a remisiunii instalate în 3–5 ani.

În grupa dată se efectuează supravegherea individuală de la 2 până la 4 ori pe an, măsurile curativo-profilactice fiind orientate spre sporirea rezervelor funcționale și profilaxia secundară pentru prevenirea agravării bolii, complicațiilor, recidivelor.

Grupa III include două subgrupe: persoanele în stadiu de subcompensare și persoanele în stadiu de decompensare a procesului, la care lipsesc rezervele funcționale, apare incapacitatea de muncă temporară sau permanentă. Supravegherea persoanelor din aceste subgrupe se efectuează după un plan special, individual.

Efectuarea cu succes a lucrului de dispensarizare în mare măsură depinde de perfectarea corectă a documentației la toate etapele. La prima etapă de dispensarizare în fiecare instituție primară, în scopul înregistrării populației, evidenței și analizei examenelor medicale efectuate anual, pentru fiecare persoană care s-a adresat la policlinică pentru prima dată se completează „Fișa de evidență a dispensarizării" (formular nr. 131/u). Toate fișele se află într-o cartotecă centralizată. Numărul „Fișei de evidență a dispensarizării" trebuie să corespundă numărului „Fișei medicale a bolnavului de ambulatoriu" (formular nr. 025/e) pe care se înscrie litera „D". În fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu se introduc datele examenului medical primar și ale examinărilor ulterioare, schimbările apărute în starea sănă-

tății, condițiile de muncă, de trai etc. Epicrizele pentru toți cei aflați la evidență de dispensar se alcătuiesc anual și în ele trebuie să se indice volumul și evidența la timp a dispensarizării anuale, grupa supravegherii de dispensar, prezența factorilor de risc, planul individual al măsurilor curativo-profilactice, regimul etc., precum și termenul examenului următor în decursul anului. În cazul bolnavilor aflați în supraveghere de dispensar se completează „Fișa de dispensarizare" (formular nr. 030/u), care este un document operativ cu ajutorul căruia se controlează îndeplinirea indicațiilor medicului.

Numărul fișei date trebuie să corespundă numărului formularelor 025/e și 131/u; marcarea fișelor indicate trebuie să fie identică. Formularul nr. 030/u va fi păstrat împreună cu formularul nr. 131/u în cartoteca centralizată în celule repartizate după sectoare, iar în fiecare celulă vor fi așezate în ordine alfabetică. De asemenea, în funcție de maladia depistată, se completează următoarele formulare: „Fișa de dispensarizare a bolnavului psihic" (formular nr. 030-1/n); „Fișa de dispensarizare a bolnavului narcologic" (formular nr. 030-1/u); „Tichet statistic pentru bolnavul scos din evidența instituțiilor antituberculoză" (formular nr. 030-2/u); „Fișa de dispensarizare a contingentului instituțiilor antituberculoză" (formular nr. 030-4/u); „Fișa de dispensarizare (ONCO)" (formular nr. 030-6/u).

Indicatorii de evaluare a activității de dispensarizare:

1. Plenitudinea evidenței de dispensar.

$$Pl = \frac{n + En - Ep}{N} \times 100$$

, unde

Pl – plenitudinea evidenței de dispensar;
n – numărul de bolnavi cu maladia dată aflați în evidența de dispensar la început de an;
En – numărul de bolnavi luați primar la evidență în decursul anului;
Ep – numărul pacienților care nu s-au prezentat nici o dată în an.

Acest indice poate fi calculat atât cu referire la întreg contigentul de bolnavi dispensarizați, cât și pe forme nosologice aparte.

2. Luarea la timp a bolnavilor în evidență de dispensar.

$$Lt = \frac{Np}{I} \times 100, \text{ unde}$$

Lt – luarea la timp a bolnavilor în evidența de dispensar;
Np – numărul de bolnavi luați în evidență din numărul persoanelor cu diagnoză stabilită pentru prima dată;
I – numărul de bolnavi cu diagnostic stabilit pentru prima dată în anul curent.

Plenitudinea evidenței de dispensar și luarea precoce în evidență a persoanelor care necesită supraveghere medicală sunt factorii ce caracterizează mai întâi de toate nivelul organizării dispensarizării totale. Acești indicatori prezintă importanță și la aprecierea eficacității dispensarizării. Criteriile de bază ale eficacității dispensarizării sunt: schimbările în starea de sănătate a bolnavilor aflați la evidența de dispensar (convalescență, ameliorare, agravare, fără schimbare), prezența sau lipsa acutizărilor, indicii de pierdere a capacității de muncă, scăderea morbidității

şi letalităţii în grupa dată, invaliditatea primară şi rezultatele reexaminării invalizilor aflaţi în evidenţă de dispensar. Eficacitatea dispensarizării trebuie evaluată în dinamică.

3. Eficacitatea evidenţei de dispensar.

$$Ef = \frac{Ns}{Nt} \times 100, \text{ unde}$$

Ef – eficacitatea evidenţei de dispensar;
Ns – numărul de bolnavi scoşi de la evidenţă în legătură cu convalescenţa;
Nt – numărul total de bolnavi cu boala dată, aflaţi în evidenţa de dispensar.

Similar se calculează şi alţi indici legaţi de determinarea eficacităţii evidenţei de dispensar. În ceea ce-i priveşte pe bolnavii cronici eficacitatea dispensarizării lor se apreciază după următorii indici de bază:

- reducerea cazurilor de acutizare;
- scăderea numărului de zile cu incapacitate de muncă;
- micşorarea complicaţiilor grave care se soldează cu invaliditatea bolnavului.

15.9. ASPECTE ETICE ÎN ACTIVITATEA MEDICULUI DE FAMILIE

Aspectele etice ale relaţiilor pacient – medic de familie sunt importante pentru Sănătatea Publică. De la un medic de familie se aşteaptă o asistenţă diligentă, cunoştinţe, deprinderi şi precauţii în conformitate cu standardele practice acceptate de opinia medicală, precum şi respectarea imperativului medical de bază de a nu dăuna pacientului. Pacientul are dreptul la informaţie referitor la starea sa, metodele alternative de tratament şi riscurile posibile. El are, de asemenea, dreptul de a căuta opinii medicale alternative, totodată acest drept este limitat de către CNAM, care nu asigură plata pentru consultaţia suplimentară, efectuată fără acordul furnizorului de asistenţă primară.

Actualmente modelul tradiţional al relaţiei medic – pacient este modificat. Medicii de familie sunt obligaţi acum să ţină cont şi de constrângerile de ordin economic în aproape orice decizie pe care o iau. Iată de ce este necesar să ne asigurăm că ceea ce un medic hotărăşte nu este dictat exclusiv de raţiuni de ordin economic, mai ales în cazul unor resurse limitate. Pe de altă parte, este important să se cunoască implicaţiile produse de utilizarea unor metode diagnostice sau terapeutice foarte costisitoare, care consumă multe resurse şi pot limita astfel accesul altor pacienţi la serviciile de care au nevoie.

Vorbind despre etică, trebuie să amintim şi câteva abordări de ordin filozofic. „Etica" provine din limba greacă, de la „ethos", şi are semnificaţia de „obicei", „caracter", „deprindere". Se poate înţelege un mod de comportare, exprimat prin aprobare sau dezaprobare pentru o anumită acţiune, prin cuvinte ca: bun, corect, drept, valoros sau dimpotrivă, rău, incorect, nedrept, fără valoare.

Din alt punct de vedere, etica poate fi definită ca ramură a ştiinţelor sociale care stabileşte normele şi standardele de comportament care se aplică în judecarea actelor umane.

Teoriile etice sunt alcătuite din principii şi reguli: *teorii consecvenţialiste* – măsoară valoarea unei acţiuni prin finalitatea ei; *teorii deontologice* – datoria şi obligaţia trebuie să stea la baza oricărui act, nu consecinţele; *teorii bazate pe virtuţi.*

Baza regulilor etice, care orientează luarea deciziilor, este reprezentată de principiile etice.

- *Principiul dreptăţii şi corectitudinii.* Acest principiu devine esenţial mai ales în situaţia unor resurse limitate, când trebuie să asiguri tuturor accesul la serviciile medicale de care au nevoie.
- *Principiul beneficienţei (să faci bine).* Principiul dat se regăseşte şi în jurământul lui Hipocrate, unde se spune: „în primul rând să nu faci rău" („primum non nocere").
- *Principiul non-maleficienţei (al evitării suferinţelor).* Este principalul motiv care poate permite unui profesionist să nu ţină cont de voinţa cuiva, în circumstanţe care ar produce rău altei persoane.
- *Respectarea autonomiei individului.* Pacientul este cel care are puterea de decizie. Cu excepţia situaţiei în care se poate produce rău altora, orice persoană, care are discernământ, are dreptul să decidă ce va face în ceea ce priveşte sănătatea sa.
- *Principiul utilitarismului.* Trebuie ales ceea ce oferă cât mai mult bine unui număr cât mai mare de oameni. În anumite împrejurări acest principiu poate fi în contradicţie cu cel al autonomiei.

Regulile etice stabilesc dacă anumite acţiuni trebuie sau nu făcute, pentru că sunt sau nu „bune". Concluziile specifice, verdictele, sunt de fapt **judecăţi etice**.

Codurile deontologice sunt rezultatul unui consens al majorităţii membrilor unui grup profesional. Ele asigură un standard de calitate al profesiei respective.

În ceea ce priveşte profesiunile din sănătate, încercările de a avea reguli etice comune nu au avut succes. Fiecare grup profesional – medici, asistenţi medicali, manageri – au propriile valori, care sunt diferite de multe ori, la fel ca şi priorităţile identificate de fiecare. Cu toate acestea, au putut fi identificate câteva principii comune, cum sunt concluziile „grupului de la Tavistosck":

1. Sănătatea este unul dintre drepturile omului.
2. Grija pentru pacient trebuie să ghideze furnizarea serviciilor medicale, dar trebuie privită şi aplicată în funcţie de contextul general şi de obligaţia de a asigura maximumul posibil pentru un număr cât mai mare de oameni.
3. Responsabilităţile oricărui sistem de sănătate includ şi prevenirea îmbolnăvirilor, şi evitarea apariţiei infirmităţilor şi handicapurilor.
4. Obligativitatea cooperării dintre specialiştii din domeniu, precum şi dintre aceştia şi pacienţi.
5. Toţi profesioniştii din sistem au obligaţia de a asigura o îmbunătăţire continuă a calităţii serviciilor furnizate.

Evaluarea unui caz clinic, din punctul de vedere al eticii medicale, se consideră a fi **analiză etică**. Orice analiză etică a unui caz clinic trebuie să ţină cont de următoarele patru elemente: indicaţiile medicale; dorinţa pacientului; calitatea vieţii pacientului; contextul apariţiei şi dezvoltării maladiei.

Veridicitatea informației statistice întocmite.
Prezentarea informației solicitate de către șeful Substației conform cerințelor și termenelor de prezentare stabilite.
Analiza trimestrială, semestrială, anuală a activității PAMU cu identificarea rezervelor și aprecierea măsurilor de redresare a situației.
Examinarea obiectivă în termenele stabilite de legislația în vigoare a petițiilor, solicitărilor parvenite de la populația din aria de deservire privind acordarea asistenței medicale urgente.
VI. Dispoziții finale.
PAMU nu eliberează certificate medicale, nu este în drept să primească decizii vizând incapacitatea temporară de muncă, nu efectuează expertiza stării de ebrietate sau a toxicomaniei, nu efectuează expertiza medico-legală și nu eliberează nici un fel de certificat în scris, nu efectuează consultații și tratament programat, nu asigură transportarea cadavrelor medico-legale.
Nivelul acordării asistenței medicale urgente de către PAMU se apreciază în baza standardelor medico-economice aprobate în modul stabilit.
Controlul asupra activității PAMU se efectuează în modul stabilit de către MS, IMSP CNȘPMU, medicul-șef (director), medicii-șefi (directori) adjuncți ai Serviciului AMU (Stației), șeful Substației, felcerul principal al Stației.

16.12. CONLUCRAREA SERVICIULUI ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ CU SERVICIUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE ȘI SERVICIUL SPITALICESC

În scopul realizării cerințelor actelor de directivă și normative în vigoare la capitolul acordării asistenței medicale urgente, colaborării intersectoriale eficiente, asigurării unui management integrat al serviciilor medicale de urgență acordate populației la toate etapele și influențarea pozitivă asupra indicatorilor de bază a sănătății publice:
I. Serviciul AMU în conlucrarea sa cu Serviciul Asistență Medicală Primară (în continuare Serviciul AMP) asigură:
Evidența solicitărilor transmise Serviciului AMP în baza Registrului și fișelor de solicitare AMU.
Transmiterea zilnică (în ore stabilite) de către dispeceratul Serviciului AMU persoanei responsabile din cadrul Centrului Medicilor de Familie a solicitărilor deservite de Serviciul AMU, pentru deservirea lor obligatorie în aceeași zi de către medicul de familie în cazul următoarelor solicitări:
a) bolnavi cu indicații pentru tratament în condiții spitalicești, dar care au refuzat spitalizarea;
b) bolnavi cu maladii infecțioase nespitalizați;
c) copii până la 5 ani;
d) bolnavi cu hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, disritmii cardiace, accidente vasculare cerebrale;
e) femei gravide ;
f) copii maltratați;
g) bolnavi peste 60 de ani, bolnavi solitari fără posibilități de autoîngrijire.

Transmiterea zilnică (în ore stabilite), de către dispeceratul Serviciului AMU, persoanei responsabile din cadrul Centrului Medicilor de Familie a solicitărilor deservite de către Serviciul AMU, pentru informarea medicului de familie privind:

a) bolnavii spitalizaţi prin intermediul Serviciului AMU, inclusiv cei cu maladii infecţioase;

b) femeile gravide spitalizate;

c) cazurile de deces în prezenţa sau până la sosirea echipei de AMU;

d) focarele de intoxicaţii în masă (în şcoli, grădiniţe, alte instituţii), accidentele în masă de muncă, circulaţie etc.

Notă: Solicitările cetăţenilor străini, solicitările psihiatrice, solicitările neîntemeiate, precum şi cele care sunt incluse în punctele nr. 2 şi nr. 3 nu se transmit Serviciului AMP.

Examinarea programată în cadrul Consiliilor Medicale, şedinţelor de lucru de comun cu persoanele responsabile din cadrul Serviciului AMP a problemelor ce ţin de colaborarea Serviciului AMU cu Serviciul AMP la diverse capitole, inclusiv:

- Nivelul acordării asistenţei medicale de urgenţă populaţiei (adulţi şi copii 0-18 ani) din teritoriul de deservire (trimestrial).
- Analiza letalităţii în prezenţa şi până la sosirea echipei AMU (lunar).
- Analiza spitalizării bolnavilor cu urgenţe medico-chirurgicale (lunar).
- Analiza adresărilor tardive după asistenţă medicală urgentă (lunar).
- Analiza solicitărilor neîntemeiate ale Serviciului AMU (lunar).
- Analiza cazurilor de erori de diagnostic şi tratament comise în urgenţele medico-chirurgicale (lunar).

Examinarea lunară a incidenţei solicitărilor pe motiv de:

❖ infarct miocardic acut;
❖ accidente vasculare cerebrale;
❖ pneumonii;
❖ afecţiuni chirurgicale acute ale organelor abdominale.

– Analiza cazurilor de erori de tactică medicală admise de către serviciul AMP în cazul bolnavilor cu urgenţe medico-chirurgicale (lunar);

– Evaluarea nivelului conlucrării Serviciului AMU cu Serviciul AMP (semestrial).

Accesul la informaţia oficială solicitată de către conducerea CMF, privind diverse aspecte ale asistenţei medicale urgente acordate populaţiei din teritoriul de deservire pentru utilizarea acesteia în interes de serviciu.

II. Serviciul Asistenţă Medicală Primară (Centrul Medicilor de Familie, Centrele de Sănătate, Oficiile medicilor de familie) asigură:

Recepţionarea solicitărilor transmise de către dispeceratul Serviciului AMU pentru deservire cu înregistrarea lor în Registrul de evidenţă a solicitărilor transmise Serviciului AMP şi în mod obligatoriu deservirea solicitărilor transmise în aceeaşi zi, fiind documentate respectiv de către medicul de familie în fişa medicală de ambulatoriu a bolnavului (formularul 025/e).

Recepţionarea solicitărilor transmise de către dispeceratul Serviciului AMU pentru informarea medicilor de familie, cu înregistrarea lor în Registrul de evidenţă a solicitărilor transmise Serviciului AMP.

Completarea extrasului-trimitere în modul stabilit de către medicul de familie, pentru efectuarea transportărilor asistate ale pacienţilor nedeplasabili în unitatea spitalicească pentru tratament, fiind preventiv coordonată spitalizarea cu IMSP, care va asigura internarea bolnavului.

Examinarea în cadrul Consiliului Medical, şedinţelor de lucru a CMF cu participarea persoanelor responsabile din cadrul Serviciului AMU a problemelor ce ţin de colaborarea Serviciului AMP cu Serviciul AMU la diverse capitole inclusiv:

– Nivelul deservirii solicitărilor transmise de dispeceratul Serviciului AMU de către medicii de familie (trimestrial);
– Analiza mortalităţii generale şi în vârstă aptă de muncă (trimestrial);
– Analiza mortalităţii copiilor primului an de viaţă (lunar);
– Analiza mortalităţii materne (în cazul înregistrării);
– Examinarea lunară a mortalităţii cauzate de:
  ❖ infarct miocardic acut;
  ❖ accidente vasculare cerebrale;
  ❖ pneumonii;
  ❖ afecţiuni chirurgicale acute ale organelor abdominale;
– Analiza cazurilor de erori de tactică medicală admise de către serviciul AMU în cazul bolnavilor cu urgenţe medico-chirurgicale (lunar);
– Evaluarea nivelului conlucrării serviciului AMP cu Serviciul AMU (semestrial).

Furnizarea la solicitarea oficială a conducerii subdiviziunilor Serviciului AMU amplasate în teritoriul de deservire a informaţiei ce necesită a fi utilizată întru perfectarea organizării asistenţei medicale de urgenţă în teritoriul de deservire.

Notă: Medicul de familie are dreptul să solicite asistenţa medicală de urgenţă (asigurând supravegherea obligatorie a bolnavului până la sosirea echipei) şi să consulte medicul echipei AMU.

IV. Serviciul de AMU în conlucrarea sa cu Serviciul spitalicesc asigură:

Spitalizarea pacienţilor cu urgenţe medico-chirurgicale în conformitate cu cerinţele ordinului în cauză.

Transportarea medicală asistată a categoriilor specificate în prezentul ordin.

Respectarea timpului de la oprirea autosanitarei până la primul contact cu medicul de gardă din Departamentul Medicină Urgentă (secţia internare) sub 90 secunde şi sub 5 minute transmiterea bolnavului unităţii spitaliceşti.

Analiza obligatorie de comun cu conducătorii serviciului spitalicesc a următoarelor compartimente :

– Evaluarea nivelului şi calităţii reîntoarcerii cotoarelor Foilor de însoţire la fişa de solicitare a asistenţei medicale de urgenţă (lunar).
– Nivelul spitalizării bolnavilor cu urgenţe medico-chirurgicale (lunar).
– Succesiunea în activitatea echipelor AMU cu Departamentele de urgenţă (secţiile internare) (lunar).
– Participarea reprezentanţilor Serviciului AMU la conferinţele clinico-morfopatologice desfăşurate în cadrul unităţilor spitaliceşti.
– Accesul la informaţia oficial solicitată de către conducerea Spitalelor (republicane, municipale, raionale) privind diverse aspecte ale asistenţei medicale urgente acordate populaţiei din teritoriul de deservire pentru utilizarea acesteia în interes de serviciu.

V. Serviciul Spitalicesc în conlucrare cu Serviciul AMU asigură:

Recepționarea necondiționată a bolnavilor cu urgențe medico-chirurgicale transportați de către Serviciul AMU.

Excluderea reținerii echipei AMU peste limitele de timp reglementate de prezentul ordin.

Reîntoarcerea lunară a cotoarelor Foilor de însoțire la fişa de solicitare a AMU, completate calitativ în modul stabilit, subdiviziunilor Serviciului AMU.

Furnizarea informației solicitate în mod oficial de către conducerea subdiviziunilor Serviciului AMU, amplasate în teritoriul de deservire.

Solicitarea participării reprezentanților Serviciului AMU la conferințele clinico-morfopatologice desfăşurate în cadrul unităților spitaliceşti.

Examinarea în cadrul Consiliilor Medicale şi a şedințelor de lucru cu participarea persoanelor responsabile din cadrul Serviciului AMU a problemelor ce țin de colaborarea Serviciului spitalicesc cu Serviciul AMU la diverse capitole, inclusiv:

– Nivelul spitalizării urgențelor medico-chirurgicale (profil terapeutic, chirurgical, pediatric, infecțios, obstetrical-ginecologic, traumatologice etc.), inclusiv prin intermediul Serviciului AMU (trimestrial)

– Letalitatea în primele 24 de ore a bolnavilor spitalizați prin intermediul Serviciul AMU (lunar).

– Erorile de diagnostic şi tratament admise în cazul bolnavilor cu urgențe medico-chirurgicale deservite de către Serviciul AMU (lunar)

– Divergențele dintre diagnosticul Serviciului AMU şi Departamentul Medicină Urgentă (secția internare) (lunar)

– Analiza cazurilor de spitalizare neîntemeiată şi tardivă a bolnavilor şi accidentaților

– Oportunitatea şi calitatea reîntoarcerii cotoarelor Foilor de însoțire la fişa de solicitare a asistenței medicale de urgență subdiviziunilor AMU (lunar)

– Nivelul conlucrării serviciului spitalicesc cu Serviciul AMU (semestrial)

Notă: Echipa de AMU nu poate fi solicitată în cazul bolnavilor aflați la tratament în condiții spitaliceşti.

16.13. REGULAMENTUL DE ACTIVITATE AL MEDICULUI DE URGENȚĂ

I. Dispoziții generale.

Medicul de urgență este un specialist cu rezidențiat în domeniul medicinei urgente, instruire postuniversitară conform profesiogramei medicului de urgență, specializare în domeniul medicinei de urgență, terapiei intensive, perfecționare în domeniu.

Medicul de urgență îşi exercită funcțiile în echipa de AMU (care include: felcer, infirmier, şofer) sau în Departamentul Medicină Urgentă (secția internare).

Medicul de urgență este conducătorul echipei de AMU, coordonează activitatea membrilor acesteia şi respectiv medicului de urgență îi sunt subordonați toți membrii echipei de AMU.

Medicul de urgență din cadrul Departamentului Medicină Urgentă (secția internare) activează în echipă cu medicii specialişti respectivi pentru definitivarea diagnosticului de urgență medico-chirurgicală şi aplicarea tratamentului adecvat.

Medicul de urgență își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile actelor legislative și normative în vigoare la compartimentul sănătății publice și asistenței medicale urgente, directivele MS, prevederile Programului unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, ordinele, dispozițiile, indicațiile medicului-șef (director) al Serviciului AMU (Stației).

Medicul de urgență din cadrul echipei AMU este subordonat în activitatea sa medicului-șef (director), medicilor-șefi (directori) adjuncți ai Serviciului AMU (Stației), șefului Substației, medicului coordonator de gardă al serviciului operativ „903" și felcerului-dispecer (în lucrul operativ).

Medicul de urgență din cadrul Departamentului Medicină Urgentă (secției internare) este subordonat conducerii unității spitalicești a instituției medico-sanitare publice, șefului Departamentului Medicină Urgentă (secției internare).

Întru exercitarea atribuțiilor și responsabilităților sale, medicul de urgență din cadrul echipei AMU colaborează cu membrii echipei AMU, echipele AMU specializate, medicul coordonator de gardă, felcerul (a/m)-dispecer al secției operative, șeful secției operative, șeful Substației, subdiviziunile medicină preventivă, poliție, pompieri.

Numirea și eliberarea din funcție a medicului de urgență se efectuează în conformitate cu legislația în vigoare de către medicul-șef (director) al Serviciului AMU (Stației) în baza acceptului MS.

II. Atribuții.

Medicul de urgență asigură:

Competență și cunoașterea cerințelor actelor legislative, normative și de directivă, vizând acordarea serviciilor de asistență medicală urgentă populației.

Acordarea asistenței medicale urgente bolnavilor și accidentaților, gravidelor la locul solicitării, în timpul transportării în Departamentul Medicină Urgentă (secția internare) sau în caz de adresare de sine stătător în cadrul subdiviziunilor Serviciului AMU.

Operativitatea intervențiilor prin asigurarea timpului de alarmare sub 90 secunde (de la preluarea solicitării), timpul de ajungere la caz (de la preluarea solicitării la sosire la caz) sub 10 minute în centre municipale, orașe și sub 15 minute în restul solicitărilor din teritoriu. Timpul de la oprirea autosanitarei până la primul contact cu medicul de gardă din Departamentul Medicină Urgentă (secția internare) sub 90 de secunde și sub 5 minute transmiterea bolnavului serviciului spitalicesc.

Competență în exploatarea și utilizarea aparatajului medical din dotare (electrocardiograf, monitor-defibrilator, ventilator, micropicurător, infuzomat, nebulizator, sterilizator, glucometru, dispozitive de intubare și cele necesare pentru efectuarea manoperelor invazive, terapiei intensive de scurtă durată etc.) și cunoașterea gradului de risc posibil la exploatarea acestuia.

Competență în utilizarea medicamentelor, consumabililor medicale generale și specifice utilizate în acordarea asistenței medicale de urgență (medicamente anestezice, relaxante, analgezice majore, cardiovasculare etc., dispozitive pentru intubație, pentru efectuarea manoperelor invazive, terapiei intensive de scurtă durată etc.).

Asistență medicală de urgență concomitent la mai mulți pacienți, la necesitate.

Interventii la etapa de prespital în mediu ostil, în accidente cu una sau mai multe victime, în cazul calamităților.

Respectarea planului operativ de măsuri în caz de depistare a bolnavului suspect de îmbolnăvire prin boli infecțioase, inclusiv infecții deosebit de periculoase, boli diareice acute şi toxiinfecții alimentare.

Intervenții de calitate, utilizând prompt în acest scop toate mijloacele disponibile.

Controlul asupra utilizării corecte a mijloacelor sonore şi vizuale ale unității de transport sanitar în deservirea urgențelor medico-chirurgicale, conform cerințelor prezentului ordin.

Efortul intelectual şi fizic necesar pentru acordarea asistenței medicale urgente de calitate.

Competență în utilizarea materialelor didactice (manechine, informație video, CDROM, diaproiector, videoproiector, simulator cardiac etc.).

Aplicarea metodelor standardizate de acordare a asistenței medicale urgente aprobate.

Utilizarea în practică a metodelor contemporane de profilaxie, diagnostic şi tratament ale urgențelor medico-chirurgicale, conform standardelor de acordare a asistenței medicale de urgență.

Controlul asupra activității personalului echipei AMU subordonate (mediu, inferior şi a şoferului) ce țin de executarea atribuțiilor şi responsabilităților acestora.

Corectitudinea şi calitatea întocmirii documentației de statistică medicală în cadrul Serviciului AMU.

Respectarea regimului sanitar-antiepidemic în conformitate cu cerințele în vigoare.

Participarea la şedințele generale din cadrul Serviciului AMU (Stației), Substației, Societății medicilor de urgență din cadrul IMSP CNŞPMU.

Perfecționarea nivelului său de cunoştințe în domeniul medicinei de urgență de cel puțin o dată la 3-5 ani în cadrul cursurilor de instruire profesională, USMF „N. Testemițanu", altor instituții de profil şi celor anuale în cadrul Centrelor de instruire în domeniul medicinei de urgență.

Participarea la întruniri ştiințifico-practice (conferințe, simpozioane, congrese, consfătuiri) în domeniul medicinei de urgență.

III. Drepturi

Medicul de urgență are dreptul să:

Propună măsuri privind perfectarea asistenței medicale de urgență acordate de către echipa AMU.

Participe la examinarea sugestiilor, cererilor, petițiilor ce țin de acordarea asistenței medicale de urgență.

Apeleze, în caz de necesitate, la ajutorul consultativ de diagnostic şi tratament al medicului coordonator al serviciului operativ „903", al medicului echipei de profil general sau echipei specializate de AMU.

Devină membru al organizațiilor obşteşti şi profesionale, activitatea cărora nu contravine scopurilor şi sarcinilor medicinei de urgență.

IV. Responsabilități.

Medicul de urgență este responsabil pentru:

Respectarea volumului de asistență medicală de urgență acordat populației din teritoriul de deservire în strictă conformitate cu cerințele Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Deciziile luate în cadrul activității sale, calitatea asistenței medicale de urgență, ținând cont de atribuțiile şi responsabilitățile sale.

Refuzul de a acorda asistenţă medicală de urgenţă în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Acţiuni nelegitime sau nereglementate, conform legislaţiei în vigoare, care au condiţionat deteriorarea stării sănătăţii pacientului sau decesul acestuia.

Respectarea personală şi de către membrii echipei AMU subordonate a Regulamentului de funcţionare a Staţiei, Substaţiei, Punctului AMU, Departamentului Medicină Urgentă (secţiei internare).

Corectitudinea şi promptitudinea realizării atribuţiilor şi responsabilităţilor.

Monitorizarea legăturilor radio-telefonice în timpul intervenţiilor, informarea dispeceratului despre posibilităţile de intervenţie a echipei AMU şi despre disponibilitatea preluării altor solicitări.

Calitatea activităţii personalului subordonat, respectarea normelor de securitate şi protecţie a muncii.

Respectarea standardelor de acordare a asistenţei medicale de urgenţă.

Integritatea şi funcţionalitatea echipamentului (aparatajului medical, medicamentelor, articolelor parafarmaceutice, consumabilelor) din dotarea autosanitarei, verificând în acest scop prezenţa acestora la începutul gărzii, asigurându-se starea bună de funcţionare şi transmiterea echipamentului la finisarea gărzii.

Verificarea cantitativă a medicamentelor din dotare şi valabilitatea acestora.

Îndeplinirea deciziilor medicului coordonator de gardă al secţiei operative sau a dispecerului serviciului „903", inclusiv de către personalul subordonat.

Dirijarea echipei AMU şi coordonarea activităţii acesteia la locul intervenţiei.

Evaluarea primară şi secundară a bolnavului (sau bolnavilor), efectuarea explorărilor de diagnostic şi aplicarea tratamentului necesar, în vederea stabilizării stării de sănătate acestuia (acestora).

Transportarea şi spitalizarea oportună a bolnavilor cu urgenţe medico-chirurgicale majore şi de gradul II.

Informarea (prin telefon, raţie) Departamentului Medicină Urgentă (secţia internare) despre transportarea spre spital a bolnavului (-lor) cu urgenţe medico-chirurgicale şi timpul aproximativ de sosire, iar în cazul stărilor critice ale bolnavului avizează despre măsurile organizatorice care se cer a fi întreprinse până la sosirea echipei (prezenţa medicilor specialişti, aparatajului şi medicamentelor respective) în scopul rezolvării lor operative şi calitative.

Transmiterea fişei de însoţire completată medicului de urgenţă din cadrul Departamentului Medicină Urgentă (secţiei internare) în cazul internării bolnavilor.

Transmiterea bolnavului medicului de urgenţă din cadrul Departamentului Medicină Urgentă (secţiei internare) sub semnătură în fişa de solicitare, cu informarea acestuia privind datele anamnestice, măsurile de diagnostic şi tratament efectuate şi evoluţia stării sănătăţii bolnavului pe parcursul transportării.

Întocmirea (în 2 exemplare prin hârtie indigo) actului despre bunurile materiale (bani, obiecte de preţ etc.), diverse documente, găsite în cazul solicitărilor la bolnavii inconştienţi, în stare de ebrietate sau decedaţi fără persoane de însoţire şi transmiterea acestora medicului de gardă din cadrul departamentului de urgenţă sau reprezentantului poliţiei, sub semnătură personală cu solicitarea semnăturii persoanei cărei i-a fost transmis bolnavul sau cadavrul şi prezentarea primului exemplar medicului coordonator de gardă.

Informarea obligatorie a persoanelor responsabile din cadrul Substației despre problemele apărute în perioada gărzii, inclusiv despre defectarea sau pierderea aparatajului, medicamentelor, materialelor, consumabilelor din dotare.

Participarea la operațiunile speciale de salvare (descarcerare etc.) şi acordarea asistenței medicale urgente adecvate accidentaților.

Asistarea medicală a bolnavului (sau bolnavilor) în timpul transportării, acordarea asistenței medicale respective şi monitorizarea în dinamică a stării sănătății bolnavului.

Solicitarea, la necesitate, a altor echipe AMU, pentru a transmite bolnavul (sau bolnavii), care-l va asista şi supraveghea.

Deplasarea la locurile prestabilite în maxim 20 de minute în caz de alarmă generală, iar în caz de solicitare în interes de serviciu legătură telefonică în maxim 15 minute de la primirea apelului.

Prezentarea la gardă cu 20 de minute până la ora oficială de începere a gărzii în vederea preluării gărzii şi reținerea cu cel puțin 20 de minute peste program, după finisarea gărzii, în vederea transmiterii gărzii următorului schimb.

Neadmiterea consumului de băuturi alcoolice cu cel puțin 8 ore până la începutul gărzii.

Respectarea deciziei medicului coordonator al serviciului operativ „903", conducerii Serviciului AMU (Stației), Substației de a efectua controlului treziei, inclusiv al membrilor echipei.

Completarea calitativă, conform cerințelor în vigoare, a fişei de solicitare a asistenței medicale de urgență, cu aplicarea în mod obligatoriu a semnăturii şi parafei personale.

Codificarea corectă a diagnosticului de urgență medico-chirurgicală stabilit, în strictă conformitate cu Clasificatorul Internațional al Maladiilor, Revizia a X-a.

Transportarea bolnavului în caz de agravare accentuată a stării de sănătate (în timpul transportării) în cea mai apropiată instituție sanitară, indiferent de forma de proprietate, profil şi prezența locurilor libere.

Informarea promptă a medicului coordonator de gardă, privind situațiile prevăzute de a fi raportate de actele de directivă la acest capitol.

Respectarea legislației în vigoare privind exercitarea profesiunii de medic şi drepturilor pacientului.

Respectarea confidențialității actului medical.

V. Dispoziții finale.

Medicul de urgență nu eliberează nici un fel de certificat medical, inclusiv certificat de concediu medical, aviz medico-legal, certificat de deces, nu efectuează expertiza stării de ebrietate, nu prescrie solicitanților tratament programat şi nu îndeplineşte prescripțiile medicale ale medicilor de familie şi medicilor specialişti.

Nivelul activității şi pregătirii profesionale a medicului de urgență este evaluat anual în cadrul IMSP CNŞPMU.

La indicația medicului-şef (director) al Serviciului AMU (Stației) reprezintă Serviciul AMU în instituții de stat, obşteşti, instanțe de judecată, în componența diferitor comisii.

Controlul asupra activității medicului de urgență se realizează în ordinea stabilită de către MS, IMSP CNŞPMU, medicul-şef (director) al Serviciului AMU (Stației), medicii-şefi (directori) adjuncți ai Serviciului AMU (Stației), şeful Substației, medicul coordonator de gardă.

16.14. INDICII ACTIVITĂȚII SERVICIULUI ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ

1. Indicele de asigurare cu personal sanitar (medici, personal mediu):

$$\frac{\text{Numărul de medici}}{\text{Numărul populației}} \times 10\,000$$

2. Indicele de asigurare cu transport sanitar:

$$\frac{\text{Numărul de unități de transport sanitar}}{\text{Numărul de locuitori deserviți}} \times 10\,000$$

3. Indicele de asigurare a populației cu echipe de AMU:

$$\frac{\text{Numărul de echipe AMU pentru acoperirea turelor de 24 de ore}}{\text{Numărul de locuitori deserviți}} \times 10\,000$$

4. Cota echipelor de AMU specializate (în %):

$$\frac{\text{Numărul echipelor AMU specializate}}{\text{Numărul total de echipe AMU}} \times 10\,000$$

5. Indicele asigurării populației cu locuri de dispeceri pentru recepționarea apelurilor de la populație:

$$\frac{\text{Numărul de locuri pentru recepționarea apelurilor}}{\text{Numărul de locuitori deserviți}} \times 10\,000$$

6. Indicele incidenței apelurilor populației la asistența medicală de urgență:

$$\frac{\text{Numărul solicitărilor îndeplinite de echipele AMU}}{\text{Numărul mediu anual de populație deservită}} \times 1\,00$$

7. Indicele de incidență a solicitărilor îndeplinite:

$$\frac{\text{Numărul apelurilor înregistrate în dispeceratul „903"}}{\text{Numărul mediu anual de populație deservită}} \times 1\,000$$

Indicele de incidență se determină în medie pe țară, stație, precum și după profil: pediatrie, cardiologie, neurologie, psihiatrie, traume și otrăviri etc. Se determină, de asemenea, indicele de incidență în medie pe an, trimestru și semestru.

8. Indicele solicitărilor neargumentate:

$$\frac{\text{Numărul solicitărilor neargumentate din componența rețelei teritoriale}}{\text{Numărul total de solicitări îndeplinite}} \times 100$$

9. Indicele de profilitate a echipelor specializate:

$$\frac{\text{Numărul de solicitări de profil îndeplinite}}{\text{Numărul total de solicitări îndeplinite de echipele de profil}} \times 100$$

10. Indicele letalității la etapa de prespital în total, pe grupe de vârste, pe unități nosologice și grupe nosologice:

$$\frac{\text{Numărul de decedați de infarct acut de miocard}}{\text{Numărul total de bolnavi cu infarct acut de miocard deserviți}} \times 100$$

12. Indicele de coincidență a diagnosticului stabilit de serviciul AMU cu cel de spital:

$$\frac{\text{Numărul de cazuri de coincidență a diagnosticului}}{\text{Numărul total de bolnavi transportați în spital}} \times 100$$

13. Indicele de divergență a diagnosticului stabilit de serviciul AMU cu cel de spital:

$$\frac{\text{Numărul de cazuri de divergență a diagnosticului}}{\text{Numărul total de bolnavi transportați în spital}} \times 100$$

16.15. INSTRUIREA ŞI PREGĂTIREA CADRELOR ÎN DOMENIUL MEDICINEI DE URGENȚĂ

Specialitatea Medicina Urgentă este bine conturată în toate țările, cu standarde profesionale de pregătire, educație şi cercetare ştiințifică. În acelaşi timp, ea este în evoluție şi perfecționare continuă.

Un serviciu de asistență medicală urgentă înseamnă cel puțin trei compartimente distincte:

Etapa prespitalicească, sectorul Departamentelor Medicină Urgentă şi etapa intraspitalicească. Aceste trei compartimente, cu multiple elemente specifice, acoperă în spațiu, timp şi suport economic întregul spectru al asistenței medicale de urgență şi presupun o doctrină proprie realizată de un personal specializat şi permanent instruit.

Doctrina care se implementează în domeniul medicinei de urgență prevede de a se aduce cât mai mult din tratament către victimă, bolnav, accidentat la locul solicitării înainte de a se transporta la spital în condiții de stabilitate a funcțiilor vitale.

Prin posibilitățile tehnico-materiale de reacționare operativă, adaptarea optimă a sistemului medicinei de urgență la necesitățile comunității, competența cadrelor medicale şi implementarea tehnologiilor moderne de stabilizare şi menținere a funcțiilor vitale, sistemele de medicină de urgență influențează considerabil statisticile morbidității, invalidității şi mortalității, influențate de urgențele medico-chirurgicale (11,14,10).

O altă doctrină, implementată în ultimii ani, este noțiunea de resuscitare cardio-respiratorie şi cerebrală, aceasta concentrând atenția asupra celui mai sensibil la hipoxie țesut – cortexul cerebral – care în condiții de resuscitare cardio-respiratorie întârziată se poate altera ireversibil, rezultatul fiind deficitul neurologic sever sau decesul bolnavului.

Resuscitarea cardio-respiratorie şi cerebrală include măsuri primare (Suportul Vital Bazal – SVB) şi avansate (Suportul Vital Avansat Cardiac – SVAC) de susținere a vieții (12,1).

Primele recomandări în resuscitarea cardio-respiratorie au fost elaborate de Societatea Americană de Cardiologie şi de Academia de Ştiințe a SUA (1966) şi publicate în 1974. Aceste recomandări au fost revizuite în 1980, 1986, 1992, 1998,

2000, 2005. În 1992 a fost introdus conceptul de „lanț al supraviețuirii" pentru a se insista asupra imperativului că succesul resuscitării depinde de buna funcționare a tuturor (fără excepție!) verigilor implicate: accesul imediat (prompt) la bolnavul cu stop cardiac, resuscitarea cardio-respiratorie neîntârziată, defibrilarea electrică precoce şi îngrijirea cardiacă avansată. O contribuție deosebită în cercetările științifice şi elaborarea criteriilor, manoperelor, tehnologiilor şi standardelor de resuscitare cardio-respiratorie şi cerebrală îi revine Societății Americane de Cardiologie.

1966 – prima Conferință Națională în RCR organizată de Academia Națională de Ştiințe SUA, Consiliul Național de Cercetare recomandă instruirea cadrelor medicale, paramedicilor, pompierilor, polițiştilor în masajul cardiac extern, conform standardelor elaborate de AAC.

1973 – a doua Conferință Națională în RCR organizată de AAC, Academia Națională de Ştiințe SUA, Consiliul Național de Cercetare recomandă extinderea instruirii în RCR asupra populației şi implementarea ca element obligatoriu de instruire în instituțiile de învățământ medical mediu şi superior de specialitate.

1979 – a treia Conferință Națională în RCR organizată de AAC a aprobat Suportul Cardiac Avansat de susținere a vieții (SVCA), metodologia de instruire, testare şi evaluare a instruirii în SVAC.

1983 – prima Conferință Națională în Resuscitarea Cardio-Respiratorie Pediatrică organizată de Academia Americană de Pediatrie, AAC a aprobat Suportul Vital Bazal Pediatric (SVBP) şi Suportul Vital Avansat Pediatric (SVAP) şi un ghid aparte în Suportul Vital Avansat al nou-născutului.

1985 – a patra Conferință Națională în RCR şi Terapia cardiovasculară de Urgență organizată de AAC, Academia Americană de Pediatrie a efectuat o revizuire a achizițiilor în cercetarea clinică şi experimentală a RCR din 1979.

1992 – a cincea Conferință națională în RCR şi Asistența cardiovasculară de Urgență organizată de AAC, Consiliul de Colaborare a fondat ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) ca un consiliu internațional de consens. Conferința a făcut totalurile dezvoltării resuscitării cardio-respiratorii şi cerebrale în ultimii 7 ani.

2000 – prima Conferință Internațională de Consens în RCR şi Terapia Cardiovasculară de Urgență la care au participat membrii ai Consiliului Australian de Resuscitare, Consiliului de Resuscitare al Americii Latine, Consiliului European de Resuscitare, Fundației Inimii şi Ictusului din Canada şi Consiliului de Resuscitare al Africii de Sud.

2005 – Conferința Internațională de Consens în RCR şi Terapia Cardiovasculară de Urgență (ILCOR) – a aprobat standardele Suportului Vital Bazal şi Suportul Vital Avansat cardiac pentru anii 2006–2010.

În anul 1990 a fost constituit Consiliul European de Resuscitare în scopul elaborării şi îmbunătățirii standardelor de resuscitare în Europa. Consiliul European de Resuscitare a publicat, de asemenea, în 1992, 1996, 1998, 2000 şi 2005 recomandări şi ghiduri în resuscitarea cardio-respiratorie şi cerebrală.

O doctrină implementată, începând cu 1985–1990, a fost Programul Accesului populației la Defibrilare sub 8-10 minute de la stopul cardio-respirator, care a confirmat o rată de supraviețuire de circa 49% şi care influențează substanțial incidența deficitelor neurologice la supraviețuitor.

În anul 1993 a fost organizată catedra „Urgențe medicale", care se ocupă de instruirea universitară, postuniversitară şi continuă a medicilor de urgenţă, medicilor de familie şi medicilor de alte specialități în domeniul medicinei de urgenţă.

Din 1997 s-a trecut la pregătirea postuniversitară a medicilor de urgenţă prin rezidențiat de 3 ani. În perioada 2000–2006 au fost pregătiți 133 de medici de urgenţă.

În cadrul programului de parteneriat cu Centrul Medical Hennepin Caunti Minneapolis, Minnesota, SUA în domeniul medicinei de urgenţă în a. 1993 a fost creat Centrul de Instruire în medicina de urgenţă, care a permis întregului personal medico-sanitar din serviciul prespitalicesc de AMU să treacă instruirea şi perfecționarea în conformitate cu noile achiziții în domeniu.

În conformitate cu cerințele ordinului MS nr. 280 din 01.10.2003 „Cu privire la activitatea serviciului de Asistență Medicală Urgentă din Moldova" se efectuează evaluarea anuală a medicilor de urgenţă şi felcerilor din întreaga republică.

Programul de stat privind dezvoltarea Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă pe anii 2006-2010, în domeniul pregătirii cadrelor medico-sanitare prevede un şir de măsuri vizând dezvoltarea şi consolidarea sistemului de pregătire şi instruire a cadrelor medico-sanitare, inclusiv pregătirea poliției, pompierilor şi salvatorilor în acordarea primului ajutor medical.

În august 2006, în cadrul CNŞPMU, conform Memorandumului dintre Crucea Roşie Franceză şi Crucea Roşie din Republica Moldova, a fost efectuată instruirea voluntarilor în acordarea primului ajutor, care activează în cele 8 Centre din cadrul filialelor Crucii Roşii din RM (Chişinău, Glodeni, Soroca, Criuleni, Ungheni, Teleneşti, Rezina şi Orhei).

În aceste centre se instruiesc atât populația, cât şi reprezentanți ai colectivelor organizate (şcoli, licee, colegii, instituții de învățământ superior, întreprinderi, organizații). Centrele sunt dotate cu materiale didactice de instruire şi programe standardizate. În aşa fel, se întreprind măsuri de mobilizare a societății civile, ca să devină mai motivată în scopul utilizării raționale şi din plin a tuturor componentelor comunității în organizarea şi acordarea asistenței medicale de urgenţă.

Începând cu a. 2007 de comun cu Grupurile Nord-Vestice Americane, s-a început pregătirea instructorilor Centrelor de instruire din cadrul Stațiilor Zonale AMU. Pe parcursul anilor 2007–2008 centrele vor fi dotate cu manechine şi alte materiale didactice necesare instruirii standardizate a medicilor de urgenţă, felcerilor, personalului medical din cadrul medicinei primare, secţiilor de primire (DMU) a poliției şi pompierilor din zona de activitate.

Responsabilitatea etică şi juridică a medicului de urgenţă. Sunt elaborate protocoale de diagnostic/tratament şi transport medical asistat pe tipuri de urgențe medico-chirurgicale, reglementări/norme privind obligațiunile funcționale ale unităților sanitare şi persoanelor cu atribuții în domeniu pe întreg lanţul rezolvării urgențelor, de la preluarea pacientului până la spitalizarea sau transmiterea lui în Departamentul Medicină Urgentă.

16.16. FORTIFICAREA SERVICIULUI ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea nr. 564 din 22.05.2006 a aprobat Programul de stat privind dezvoltarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă pe anii 2006-2010 şi Planul de realizare a acestui program.

Scopul şi obiectivele Programului

Scopul principal al Programului constă în asigurarea accesului echitabil al populaţiei rurale şi urbane la servicii medicale de urgenţă calitative, în dotarea programată cu aparataj medical de diagnostic şi de tratament, cu transport sanitar şi echipament special pentru asigurarea rezolvării operative a cazurilor de urgenţă şi a telemedicinei în strictă corespundere cu standardele existente în ţările Comunităţii Europene.

Obiectivele programului

- Ameliorarea şi perfecţionarea în continuare a calităţii asistenţei medicale de urgenţă prin implementarea tehnologiilor moderne şi fortificarea capacităţilor serviciului în acordarea asistenţei medicale de urgenţă.
- Ajustarea standardelor de dotare cu aparataj medical portativ de diagnostic şi tratament în conformitate cu cerinţele naţionale şi internaţionale în domeniu.
- Elaborarea şi implementarea standardelor de dotare cu transport medical, echipament special, îmbrăcăminte iarnă-vară pentru personalul medico-sanitar conform exigenţelor şi experienţei internaţionale în domeniu.
- Consolidarea bazei tehnico-materiale a edificiilor Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă, creând condiţii necesare şi obligatorii pentru personalul medico-sanitar, deservirea tehnicii medicale şi a transportului sanitar.
- Dezvoltarea serviciului operativ, ca element-cheie, implementarea telemedicinei şi a sistemului informaţional integrat de monitorizare, evaluare şi evidenţa statistică în domeniul medicinei de urgenţă.
- Fortificarea cadrului legislativ în scopul asigurării stabilităţii în politica de cadre, perfecţionării bazei tehnico-materiale şi mobilizării resurselor financiare disponibile.
- Perfecţionarea continuă a sistemului de pregătire a cadrelor în domeniul medicinei de urgenţă.
- Elaborarea şi implementarea programelor de instruire a poliţiştilor şi pompierilor privind acordarea asistenţei medicale urgente.

Măsurile de consolidare a bazei tehnico-materiale a serviciului Asistenţă Medicală Urgentă

1. Asigurarea cadrului normativ de organizare şi dotare tehnico-materială a Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă, de pregătire a cadrelor medico-sanitare conform exigenţelor Comunităţii Europene în domeniul serviciilor de urgenţă impune standardizarea tuturor verigilor serviciului de urgenţă în scopul asigurării unui nivel calitativ de prestare a asistenţei medicale de urgenţă populaţiei.

2. Activitatea de asigurare a subdiviziunilor Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă cu transport sanitar, aparataj medical, echipament special şi cu cadre medico-sanitare necesită a fi perfecţionată în conformitate cu cerinţele înaintate faţă de domeniu.

3. Elaborarea proiectelor şi organizarea subdiviziunilor-tip, acoperirea geografică a populaţiei cu subdiviziuni ale Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă în raza de până la 25 km vor asigura accesul populaţiei urbane şi rurale la asistenţa medicală de urgenţă.

4. Fortificarea serviciilor operative şi de dispecerat va permite reducerea timpului de apel (de la solicitare la start) până la 90 sec., a timpului de ajungere la caz (de la solicitare la sosirea la caz) până la 10 min. în localităţile urbane şi până la 15 min. în localităţile rurale.

5. Noile tehnologii medicale, implementarea telemedicinei, stabilirea de noi legături operative şi de intervenţie în teren vor spori calitatea asistenţei medicale de urgenţă la locul solicitării, în timpul transportului şi în Departamentele Medicină de Urgenţă.

6. Implementarea tehnologiilor medicale moderne, a telemedicinei va face posibil accesul publicului la defibrilare, la sporirea posibilităţilor de stabilizare a pacienţilor critici şi la reducerea mortalităţii la etapa de prespital cu 6%.

7. Pregătirea cadrelor medico-sanitare pentru Serviciul Asistenţă Medicală Urgentă, Sectorul Medicină Primară, a personalului Departamentelor Medicină Urgentă se va efectua conform cerinţelor de instruire şi asigurare a continuităţii în deservirea urgenţelor medico-chirurgicale.

8. Elaborarea şi unificarea programelor de instruire a poliţiştilor, pompierilor şi a populaţiei în vederea acordării asistenţei medicale de urgenţă şi a primului ajutor, ceea ce va asigura îmbunătăţirea recunoaşterii urgenţelor medico-chirurgicale, acordarea la timp a serviciilor de urgenţă, motivaţia participării la ameliorarea serviciilor de urgenţă în comunitate şi conştientizarea utilizării eficiente a capacităţilor serviciului.

9. Standardele naţionale vor fi elaborate în concordanţă cu recomandările Forţelor globale de armonizare în domeniul aparatajului medical *(The Global Harmonization Task Force (GHTF)*. Se vor respecta standardele europene ale ambulanţelor de tip C, de tip B şi de tip A, elaborate de CEN cu numărul NARK 1.1/1.2 nr.04-98. Standardele vor prevedea specificări privind pregătirea cadrelor, implementarea telemedicinei, dotarea serviciului cu aparataj medical, echipament special, transport sanitar, îmbrăcăminte iarnă-vară în culorile internaţionale oranj-albastru ale serviciilor de urgenţă.

Perfectarea cadrului legislativ şi a calităţii asistenţei medicale urgente acordate populaţiei

1. Ajustarea actelor normative şi legislative în vigoare la noile cerinţe de dezvoltare şi organizare a asistenţei medicale urgente în Republica Moldova, întru sporirea responsabilităţilor autorităţilor publice centrale şi locale, şi a comunităţii în organizarea şi acordarea asistenţei medicale de urgenţă calitative în scopul reducerii morbidităţii, invalidităţii şi mortalităţii populaţiei cauzate de urgenţe medico-chirurgicale.

2. Perfectarea şi îmbunătăţirea sistemului de acordare a asistenţei medicale urgente prin organizarea, dotarea şi acordarea asistenţei medicale calitative de urgenţă şi îmbunătăţirea conlucrării intersectoriale a serviciului în scopul asigurării optime a asistenţei medicale urgente atât în situaţii obişnuite, cât şi în situaţii excepţionale.

3. Elaborarea şi aprobarea de către Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova a normativelor de dotare cu aparataj medical, inventar moale, transport sanitar, aparataj special pentru asigurarea legăturilor operative şi implementarea telemedicinei, asigurarea cu cadre medico-sanitare a serviciului şi sporirea responsabilităţii

pentru utilizarea eficientă a resurselor serviciului atât a factorilor de decizie, cât şi a populaţiei.

4. Pentru pregătirea poliţiştilor şi a pompierilor se cere elaborarea şi unificarea programelor de instruire şi de perfecţionare obligatorie în domeniul acordării asistenţei medicale de urgenţă şi conlucrării cu Serviciul Asistenţă Medicală Urgentă.

5. Se impune necesitatea creării în cadrul Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic Medicină de Urgenţă a unei baze de reparaţii a transportului sanitar şi a aparatajului medical portativ de diagnostic şi tratament.

Finanţarea măsurilor preconizate se va efectua din contul mijloacelor fondurilor pentru asigurarea obligatorie a asistenţei medicale, mijloacelor bugetului de stat centralizate, ale Ministerului Sănătăţii în limita prevederilor pentru perioada respectivă, creditelor şi granturilor, precum şi din contul mijloacelor instituţiilor medico-sanitare.

Asigurarea serviciului asistenţă medicală urgentă cu transport sanitar specializat

Transportul sanitar specializat (ambulanţele) constituie unul dintre componentele obligatorii ale Serviciului Prespitalicesc Asistenţă Medicală Urgentă, care asigură capacitatea de intervenţie, promptitudinea şi, împreună cu alte elemente constituente, accesibilitatea populaţiei la asistenţa medicală urgentă.

Există următoarele tipuri de transport sanitar specializat, cu care este dotat serviciul Asistenţă Medicală Urgentă:

- Ambulanţă de Resuscitare şi Terapie Intensivă (ARTI) (Tip C, conform standardului cu numărul NARK 1.1 / 1.2, nr.04-98 al CEN).
- Ambulanţă de Urgenţă şi Resuscitare (AUR) (Tip B, conform standardului cu numărul NARK 1.1 / 1.2 nr.04-98 al CEN).
- Ambulanţă de Prim Ajutor-Descarcerare (APAD) (Tip B, conform standardului cu numărul NARK 1.1 / 1.2 nr.04-98 al CEN).
- Ambulanţă de Intervenţie rapidă şi Transport Asistat 1 şi 2 (AIRTA 1 şi 2) pentru un pacient şi respectiv pentru mai mulţi pacienţi (Tip A1 şi A2), conform standardului cu numărul NARK 1.1 / 1.2 nr.04-98 al CEN)].

Luând în considerare structura administrativ-teritorială a Republicii Moldova, structura organizatorică a Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă şi asigurarea posibilităţilor de intervenţie şi acordare a asistenţei medicale de urgenţă, Serviciul Asistenţă Medicală Urgentă necesită să fie dotat cu următoarele tipuri de transport sanitar specializat:

- Ambulanţe de Resuscitare şi Terapie Intensivă (ARTI), tip C – 31 de unităţi.
- Ambulanţe de Urgenţă şi Resuscitare (AUR), tip B – 44 de unităţi.
- Ambulanţă de Prim Ajutor-Descarcerare (APAD), tip B – 44 unităţi.
- Ambulanţe de Intervenţie Rapidă şi Transport Asistat – 320 de unităţi.

Ambulanţele de Resuscitare şi Terapie Intensivă de tip C vor fi destinate Serviciului Republican Aviasan şi echipelor Asistenţă Medicală Urgentă, specializate în reanimarea maturi/copii.

Fiecare substaţie din raioanele republicii vor dispune de o Ambulanţă de Urgenţă şi Resuscitare şi de o Ambulanţă de Prim Ajutor-Descarcerare. Ambulanţele de Intervenţie Rapidă şi Transport Asistat vor fi repartizate în conformitate cu normativele în vigoare, inclusiv punctelor AMU din localităţile rurale.

MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE DE URGENȚĂ

16.1. ISTORIC. ASPECTE GENERALE

Medicina de urgență este specialitatea care diagnostichează, tratează şi stabilizează funcţiile vitale ale bolnavului sau accidentatului la locul solicitării, în timpul transportului şi în departamentele de medicină de urgență ale spitalelor.

Conceptul medicinii de urgență ca şi medicina de urgență în general este vechi şi a apărut odată cu omenirea. În trecut oamenii reacţionau la urgenţele medico-chirurgicale prin rugăciuni şi cântece, chemând în acest mod idolii religioşi cu forţele lor supranaturale să-i vindece, exprimându-şi astfel dorința de a îmbunătăți starea celor suferinzi şi a le face viaţa mai bună.

În timpul cruciadelor din secolul al XI-lea, cavalerii St. John primeau instrucţiuni de la medicii arabi şi greci pentru acordarea primului ajutor celor răniţi din ambele tabere în corturi amenajate în apropierea câmpului de luptă.

Pe câmpurile de luptă ale Europei îşi are originea conceptul de serviciu de ambulanţă, însă nu se avea în vedere „evacuarea asistată medical", ci doar transportarea răniţilor şi decedaţilor de către alți soldați după bătălie.

Baronul Jean-Dominique Larrey, chirurg-principal în armata lui Napoleon, a organizat în 1792 primul corp medical armat, instruit în acordarea primului ajutor şi evacuarea răniţilor cu brancarde şi alte mijloace pentru transport. Cu toate acestea mortalitatea printre soldaţii răniţi rămânea mare. O fractură deschisă de coapsă, gambă sau braţ era considerată ca o sentinţă de moarte, cu unica particularitate ca aceasta să survină înainte sau după amputaţie. Peste 40% din cei răniţi în războiul Franco-Prusac (1870-1871) au decedat, iar din 13 000 de amputaţii efectuate de medicii francezi 10 000 de soldaţi au decedat.

Războaiele din secolele XVIII–XX au perfecţionat organizarea şi acordarea asistenţei medicale de urgență atât pe câmpul de luptă, cât şi în afara lui. Vehiculele motorizate au fost puse în funcţiune încă de la începutul secolului al XX-lea, aeroambulanţele – elicopterele sanitare au fost utilizate de SUA pentru prima dată în războiul din Coreea (18). În războiul din Vietnam 97,5% din soldaţii răniţi au beneficiat de asistență medicală urgentă şi au supravieţuit.

Omul, de la originea sa şi până în prezent, a fost însoţit de boala traumatică. Până la descoperirea prafului de puşcă de către chinezi, care l-au folosit la asaltul unei cetăţi în 1228, agenţii traumatici erau preponderent reprezentaţi de arme albe (săgeţi, săbii, suliţe). Din China noile arme au fost preluate de indieni (a. 1258), arabi (a. 1280), francezi (a. 1338), englezi (a. 1346).

Războaiele din ultimele secole au impus chirurgii să facă eforturi comune în managementul politraumatizaţilor în stări critice.

În primul război mondial se aplică principiile asepsiei şi antisepsiei implementate de Pasteur şi Lister.

În timpul celui de-al doilea război mondial se aplică principiile de triaj, se creează centre de îngrijire, se operează sub anestezie, se pun în aplicare transfuziile de sânge omologat.

În războiul din Vietnam s-a îmbogăţit experienţa tratamentului plăgilor toracale, argumentându-se aplicarea pleurotomiei minime, scăzând riscul hemotoraxului infectat. În plăgile penetrante toracoabdominale sub anestezie generală s-a implementat laparotomia şi drenajul pleural. Răniţii erau transportaţi cu elicopterele sanitare în spitale specializate cu posibilităţi terapeutice polidisciplinare. În războiul din Vietnam a fost deschis „plămânul de şoc" la politraumatizaţi, definit astăzi ca SDRA (Sindromul de Detresă Respiratorie a Adultului).

Războiul din Afganistan s-a caracterizat prin predominarea „blast injuries" secundare exploziilor de mine. Aceste traumatisme se caracterizează printr-o asociere dintre traumatismele deschise (plăgi) şi cele închise (contuzii), majoritatea complicându-se cu supuraţii în care predominau germenii anaerobi cu Clostridium.

Războaiele israeliano-arabe, războiul din Golf şi din spaţiul fostei Iugoslavii s-au caracterizat prin timpul foarte scurt de evacuare a răniţilor, caracterul multiplu al leziunilor, în acelaşi timp, o atenţie deosebită acordându-se repleţiei cu fluide, reechilibrării hematice şi terapiei profilactice cu antibiotice.

Conceptul actual al asistenţei medicale de urgenţă în condiţii de companie prevede:

- Asistenţa medico-chirurgicală trebuie să aducă un beneficiu maxim pentru un număr cât mai mare de răniţi.
- Standardele asistenţei medicale de companie să fie cât mai aproape de cele din timp de pace.
- Asistenţa de urgenţă să fie adusă cât mai aproape de zona acţiunilor militare.
- Asistenţa medicală de urgenţă să poarte un caracter continuu, începând cu câmpul de luptă şi terminând cu serviciile intraspitaliceşti specializate.

Pentru o eficienţă maximă a asistenţei medico-chirurgicale de urgenţă se utilizează triajul, modalitatea de stabilire a priorităţilor de tratament şi de evacuare, ţinându-se cont şi de resursele medicale disponibile.

Relaţia dintre timpul scurs de la traumatizare şi asigurarea asistenţei medico-chirurgicale este hotărâtoare, ceea ce a impus apropierea cât mai în faţă a unităţilor de asistenţă medicală specializată şi asigurarea în condiţii de siguranţă a unui transport rapid.

Incidenţa deceselor înregistrează trei vârfuri:

Primul vârf sunt decesele imediate şi cuprinde decedaţii în prima oră după traumatisme secundare:

- delacerări cerebrale şi vertebro-medulare;
- leziuni cardiace sau de vase mari.

Al doilea vârf al deceselor îl constituie perioada precoce de 2-3 ore de la traumatisme secundare:

- hemoragii intracraniene;
- leziuni toracice;
- leziuni multiple intraabdominale.

Aceste leziuni se pot trata în condiţiile asigurării unei asistenţe calificate la locul accidentului, evacuării operative şi asigurării accesului la tratamentul medical specializat.

Al treilea vârf al deceselor este repartizat pe perioada tardivă de la câteva ore la câteva zile şi săptămâni după traumatisme, secundare infecţiei şi SIMOS (Sindromului Insuficienţei Multiple de Organe şi Sisteme).

Distribuţia trimodală a incidenţei deceselor în condiţii de conflicte armate diferă de cele civile: 80-90% dintre acestea apar în perioada imediată, din ele 70% apar în primele 5 minute secundare leziunilor cu potenţial mare de hemoragie masivă şi distrugeri masive de organe. „Ora de aur" se transformă în „5 minute de aur" .

Utilizarea mijloacelor de evacuare specializate; ambulanţe şi elicoptere sanitare, cât şi a sistemului de comunicaţii între toate eşaloanele medicale au influenţat pozitiv eficacitatea acordării asistenţei medicale răniţilor.

Un rol hotărâtor în dezvoltarea asistenţei medicale de urgenţă în SUA îl are publicarea în 1966 de către Academia Naţională de Ştiinţe/Consiliul Naţional de Cercetare a „Cărţii Albe", care se intitula „Moartea accidentală şi invaliditatea: maladii neglijate ale societăţii moderne" în care au fost argumentate necesităţile în eforturile comune ale întregii naţiuni în ameliorarea asistenţei medicale de urgenţă.

Printre neajunsurile de bază au fost nominalizate dotarea tehnologică nesatisfăcătoare, lipsa mijloacelor de legături operative, necorespunderea organizatorică, tehnologică şi a nivelului de pregătire a cadrelor medico-sanitare a secţiilor de primire spitaliceşti, necesităţilor rezolvării urgenţelor medico-chirurgicale. Medicina de urgenţă ca specialitate în SUA a fost recunoscută abia în aa.1976–1980.

La început, în toate ţările, au fost folosite ca mijloc de transport a bolnavilor trăsurile pe post de ambulanţe. Odată cu dezvoltarea vehiculelor motorizate a crescut viteza de deplasare şi deservire a pacienţilor, iar tratamentul aplicat la timp a sporit speranţa de viaţă a accidentaţilor şi bolnavilor. Astăzi ambulanţele transportă echipament sofisticat pentru monitorizarea, diagnosticul şi stabilizarea funcţiilor vitale.

Medicul F. Pantridge şi colegii săi din Belfast au remarcat în 1966 faptul că fibrilaţia ventriculară care poate fi tratată constituie cea mai frecventă cauză a stopului cardiac prin disritmii fatale la etapa de prespital, implementând astfel ideea necesităţii defibrilării la locul solicitării. Defibrilatoarele transportate ca parte componentă a echipamentului portabil din dotarea serviciului de urgenţă propuse în 1966 de F. Pantridge au căpătat astăzi o răspândire largă în întreaga lume .

Simbolul serviciului de urgenţă „Steaua Vieţii" (*figura 60*) a fost elaborat de Leo R. Schwartz, şef al Departamentului Asistenţă Medicală Urgentă al Administraţiei Naţionale Rutiere a SUA (NHTSA).

Acest simbol a fost elaborat în 1973 pentru a fi folosit de serviciile medicale de urgenţă cât şi pe echipamentele şi aparatajul din dotarea acestui serviciu. Aceasta a avut loc după ce Crucea Roşie a SUA a contestat în judecată utilizarea, simbolului crucii roşii. Simbolul „Crucea Vieţii" a fost înregistrat la 1 februarie 1977 de către comisia pentru patente şi mărci înregistrate pe numele NHTSA.

Figura 60. **Simbolul Crucea vieţii**

Fiecare braţ reprezintă una din cele 6 etape de răspuns sau funcţii ale serviciului de urgenţă:

1. Detectarea
2. Raportarea
3. Răspunsul
4. Asistenţa de urgenţă la locul accidentului (solicitării)
5. Asistenţa de urgenţă în timpul transportului
6. Transportul spre etapa spitalicească

1. Detectarea. Cetăţenii trebuie să poată recunoaşte instalarea unei urgenţe medico-chirurgicale şi trebuie să cunoască şi să fie instruiţi cum să apeleze la un serviciu de urgenţă. Comunitatea trebuie să asigure posibilităţile de acces la serviciile de urgenţă.

Pentru buna memorizare sunt introduse numere unice naţionale ale serviciilor de urgenţă pentru a fi mai bine memorizate de populaţie: 911 – SUA, 903 – RM, 112 – România, 03 – Rusia, Ucraina.

2. Raportarea. Solicitanţii sunt interogaţi după protocoale speciale de către serviciile de dispecerat care recepţionează apelurile pentru urgenţe medico-chirurgicale în scopul determinării gradului de urgenţă, modului de reacţionare şi rezolvare, folosirii raţionale a tuturor componentelor implicate în rezolvarea cazului. Dispeceratul care recepţionează apelul devine un intermediar între locul evenimentului şi unitatea care răspunde la această urgenţă.

3. Răspunsul. Răspunsul serviciului de urgenţă la locul evenimentului sau al solicitării. Serviciul va răspunde cât mai prompt cu resursele disponibile şi cele mai adecvate situaţii concrete.

4. Asistenţa de urgenţă la locul accidentului (solicitării). La locul solicitării, în funcţie de gradul de urgenţă, pot fi aplicate diferite tipuri şi volume de asistenţă medicală urgentă care sunt influenţate şi de circumstanţe, şi de posibilităţile tehnologice de realizare.

5. Asistenţa de urgenţă în timpul transportării. Autosanitarele moderne sunt echipate cu aparataj de diagnostic, monitorizare şi tratament care permit continuarea tratamentului iniţiat la locul solicitării şi monitorizarea în dinamică a funcţiilor vitale.

6. Transportarea spre etapa spitalicească. În dependenţă de reţeaua spitalicească şi organizarea recepţionării urgenţelor medico-chirurgicale Serviciul Asistenţă Medicală Urgentă va direcţiona spre aceste unităţi pacienţii de profil.

Performanţele sistemului medicinei de urgenţă sunt în dependenţă de diverse elemente (etape), care atunci când sunt corect organizate şi dotate îl fac unul dintre cele mai bune sisteme.

Informarea populaţiei ca aceasta să poată identifica când e necesară solicitarea unei ambulanţe, accesul populaţiei la serviciile de urgenţă, disponibilitatea personalului medico-sanitar instruit, dotarea serviciului cu mijloace de transport pentru intervenţie operativă şi aparataj medical necesar diagnosticului, stabilizării şi menţinerii funcţiilor vitale, existenţa serviciilor de dispecerat care să asigure managementul competent al unei urgenţe medico-chirurgicale sunt elemente ale simbolului Crucii Vieţii. Atunci când oamenii vor înţelege sensul Crucii Vieţii, vor conştientiza utilizarea corectă a fiecărui element sau etapă, aducându-şi contribuţia şi responsabilitatea la ameliorarea asistenţei medicale de urgenţă.

Şarpele şi toiagul din mijlocul simbolului reprezintă toiagul lui Aesculapius. Aesculapius este numele roman a zeului grec al medicinei Asklepios.

Ideea organizării Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă pentru deservirea urgenţelor prespitaliceşti, a luat fiinţă după tragicul eveniment din 8 decembrie 1881 din teatrul de operetă din Viena, unde în urma unui incendiu devastator, cu 479 de victime, sute de accidentaţi cu arsuri, traumatisme zăceau ore în şir pe zăpadă în faţa teatrului, fără a primi vreun ajutor medical.

Profesorul Iumir Mundi, chirurg de profesie, fiind martor ocular al accidentului, al lipsei posibilităţilor de organizare şi acordare a asistenţei medicale de urgenţă, a propus a doua zi organizarea unui punct permanent de medici de serviciu, care să acorde în caz de accidente asistenţă medicală de urgenţă în regim non-stop şi a numit acest punct „staţiune de salvare sau de urgenţă". În primul an de activitate Staţia de salvare din Viena a deservit 2067 de accidentaţi. Apoi F. Esmarh a organizat staţia de salvare în Berlin, în 1897 – în Varşovia.

Fondator al organizării sistemului medicinei de urgenţă pentru deservirea urgenţelor prespitaliceşti în Rusia este considerat medicul Karl Reiner, care a propus în anul 1881 organizarea staţiei de salvare în oraşul Moscova. Karl Reiner a desfăşurat o activitatea vastă de educaţie şi instruire, citind lecţii în faţa pompierilor, poliţiştilor şi studenţilor despre acordarea primului ajutor medical în caz de urgenţe medico-chirurgicale.

Deschiderea primelor două Staţii de salvare în oraşul Moscova a fost efectuată la 28 aprilie anul 1898, după tragicul eveniment de pe câmpia Hodâni, când în timpul încoronării ţarului Nicolai al II-lea şi repartizării darurilor celor săraci au decedat peste 2000 de oameni şi zeci de mii au rămas traumaţi.

La începutul anului 1899 în Sankt-Petersburg au fost deschise 5 staţii de salvare, unde, de asemenea, momentul de decizie a servit inundaţia puternică din primăvara anului 1898. În anul 1902 o staţie de salvare a fost deschisă în Kiev, în anul 1903 – în oraşul Odesa, în anul 1906 – în oraşul Bucureşti, în anul 1910 – în oraşul Harkov.

În iulie 1906 a luat fiinţă Societatea Salvarea din Bucureşti, care funcţionează sub deviza „Totdeauna şi tuturor, gata pentru ajutor". Fondator este considerat Nicolae Minovici. Prima ambulanţă românească a fost o trăsură construită după modelul vienez. Începând cu 1908, pe ambulanţe lucra un personal medico-sanitar format din medici interni şi sanitari. În august 1908 a fost instalat primul telefon propriu, ambulanţa era solicitată contra cost la numărul 31 333, tot în acelaşi an a fost înfiinţată Şcoala Samariteană, o formă incipientă a şcolii de ambulanţieri de astăzi.

În 1934 „Societatea Salvarea" din Bucureşti, la iniţiativa fraţilor Minovici şi profesorului Iacubovici, înfiinţează Spitalul de Urgenţă. În anii 1939–1959 profesorul Theodor Firică reorganizează continuu Spitalul de Urgenţă, care sporeşte numărul de paturi de la 40 în 1934 până la 400 în 1959.

Apoi apar staţiuni de salvare în centrele municipale ca unităţi aparte sau în componenţa spitalelor orăşeneşti, municipale sau judeţene.

În 1948 „Societatea Salvarea" devine Staţia de Salvare a municipiului Bucureşti. În 1989 se înfiinţează prima şcoală de ambulanţieri şi operatori-registratori de urgenţă. În 1990–1991 apare la Târgul Mureş o formă de deservire a urgenţelor medico-chirurgicale printr-un sistem modern ambulanţă, ulterior tot aici ia fiinţă

"Societatea de Medicină de Urgenţă şi Catastrofă". În 1968 spitalul Sf. Vincent din New York a organizat prima unitate coronariană mobilă.

În anii 1950-1960 la conferinţe şi congrese internaţionale începe să apară ideea formării unor sisteme medicale de urgenţă (centre traumatologice, unităţi coronariene, departamente) cu specialişti şi tehnologii specifice.

În ţările din Europa de Vest, ţările scandinave, serviciul prespitalicesc de asistenţă medicală urgentă este diferit ca structură şi organizare. Acordarea asistenţei medicale de urgenţă la etapa de prespital este încredinţată poliţiei, pompierilor, medicilor, companiilor de asigurări în sănătate şi altor structuri obşteşti, statale şi nestatale.

Un sistem asemănător de organizare a asistenţei medicale urgente la etapa de prespital funcţionează şi în SUA. În anul 1976 în SUA specialitatea medic de urgenţă a fost inclusă în registrul specialităţilor medicale şi au fost create Comisii de licenţiere în domeniul medicinei de urgenţă. În spitale au fost organizate departamente Medicină de Urgenţă cu structură, cadre şi tehnologii necesare rezolvării urgenţelor medico-chirurgicale.

Rudolf Virchov, medic cu activităţi multiple, istoric şi filozof, a menţionat un aspect important în istoria omenirii. El a subliniat ca diverse epoci istorice sunt asociate cu aspecte deosebite ale stării de sănătate a oamenilor din epoca respectivă. Evul mediu este caracterizat, printre altele, şi de marile epidemii de ciumă, care au bântuit şi au decimat, în mare măsură, continentul nostru.

Începutul industrializării în Europa Estică a fost însoţit de o incidenţă înaltă, un adevărat val epidemic, de tuberculoză, forme severe. Perioada industrializării avansate, a epocii noastre, se caracterizează printr-o creştere masivă a incidenţei atrosclerozei şi consecinţele ei nefaste, în special cardiace şi cerebrale – şi a neoplasmelor.

Cercetări moderne în societăţile cu un proces intens de urbanizare au evidenţiat un număr în creştere – ca incidenţă şi ca intensitate – de agresori, care, de cele mai multe ori, se sumează, crescându-şi şi mai mult intensitatea de agresiune asupra fiinţei umane. Omul este supus unei acţiuni din ce în ce mai distrugătoare, contra căreia trebuie să-şi mobilizeze, să-şi perfecţioneze şi să-şi adapteze mijloacele de apărare şi supravieţuire, inclusiv sistemul de medicină de urgenţă în scopul influenţei statisticilor ascendente ale morbidităţii şi mortalităţii secundare situaţiilor de conflicte, calamităţilor naturale şi tehnogene, creşterii vitezei de circulaţie, actelor de terorism, îmbătrânirii populaţiei, apariţiei şi reînvierii de noi infecţii, procese şi evenimente, care fac parte din viaţa societăţilor cotidiene.

Este necesar de subliniat, că în sistemul sovietic al ocrotirii sănătăţii serviciul prespitalicesc de asistenţă medicală urgentă ca sistem organizat de stat îşi ia începutul încă în 1919, când sub conducerea lui N.A. Semaşco a fost luată decizia de a redeschide, începând cu 18 iulie, staţia de salvare în Moscova în componenţa spitalului Şeremetiev (astăzi Institutul N.V. Sclifosovski). În 1919 staţii de salvare au fost redeschise în Leningrad, Kiev, Odesa. În ţările din Europa şi America asistenţa medicală urgentă ca sistem şi disciplină se conturează mult mai târziu.

Sub aspect de principiu de bază, medicina de urgenţă constituie un compartiment unitar al sănătăţii publice, deşi în propriul cadru comportă particularităţi ce ţin de modalităţile de practicare a ei în afara sau în interiorul spitalului.

În anul 1940 în URSS funcționau 989 de stații de salvare, 1967 autosanitare și activau 3918 medici la salvare.

Serviciul de Salvare în URSS pentru deservirea urgențelor prespitalicești ca sistem și concept a fost în permanență ascensiune. În *tabelul 66* sunt prezentate datele vizând numărul de stații, autosanitare și medici încadrați în serviciul de salvare a URSS aa. 1940–1998.

Figura 66

Indicii de Dezvoltare a Serviciului de Salvare în URSS

Anii	Stații de salvare	Autosanitare	Medici
1940	989	1967	3918
1960	1944	7174	10000
1970	3098	13774	20000

Organizarea în anul 1923 a Institutului de Cercetări Științifice Medicină de Urgență „N. V. Sclifosovski" în Moscova și în 1932 a Institutului de Cercetări Științifice Medicină de Urgență „I. I. Djanilidze" în Leningrad a constituit crearea centrelor organizator-metodice și de cercetare științifică în domeniu, care au determinat în fond politicile în organizarea și asigurarea populației cu asistență medicală urgentă în perioada sovietică.

Primele echipe specializate de asistență medicală urgentă au fost de psihiatrie, care au început să funcționeze din 1928 în Moscova și din 1931 în Leningrad. Crearea și implementarea mai pe larg în structura organizatorică a echipelor specializate de asistență medicală urgentă: reanimare, terapie intensivă, cardiologie, neurologie, psihiatrie, neonatologie a fost efectuată în anii 1950-1980.

Un aport deosebit în dezvoltarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă în perioada sovietică au avut-o colaboratorii catedrelor Medicină Socială și Organizarea Ocrotirii Sănătății a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău N.A. Testemițanu, V.I. Kant, I.T. Prisacari, E.P. Popușoi, A.V. Leșanu. Prin ordinele MS al URSS nr. 570 din 23.12.61 „Despre ameliorarea asistenței medicale de urgență populației" a fost stabilit statutul Stației de Salvare și subdiviziunilor sale, cât și a echipelor specializate de asistență medicală urgentă. Pentru prima dată a fost acceptată ideea reunirii stației de salvare cu staționare de profil larg în scopul asigurării continuității în acordarea asistenței medicale de urgență .

Ordinul MS al URSS nr. 1490 din 24.12.84 „Despre măsurile de dezvoltare și perfecționare în continuare a serviciului de salvare" a pus accentele pe operativitate, calitate, nivelul de dirijare, au fost aprobate normativele de dotare a echipelor și serviciului de salvare.

Ordinele MS al URSS nr. 404 din 20.05.88 și nr. 897 din 15.12.88 „Despre măsurile de perfecționare în continuare a serviciului de salvare" au fost axate pe ameliorarea în continuare a calității și conlucrării cu sectorul ambulatoriu, policlinic și spitalicesc, prevedeau organizarea în anii 1988–1993 în centrele republicane și regionale, cât și în orașele mari cu populație de peste 500 mii de locuitori a complexelor, care să includă serviciul prespitalicesc de salvare și spitalul de urgență.

O atenție deosebită se acordă sistemului de pregătire a cadrelor. În instituțiile de învățământ medical a fost introdusă internatura de 1 an pentru pregătirea medi-

cilor de urgență. În 1980 în Institutul de perfecționare a medicilor din Harkov a fost organizată prima catedră pentru perfecționarea medicilor din serviciul prespitalicesc de urgență. Apoi au fost deschise catedre pentru perfecționarea medicilor de urgență în Leningrad (1982), Kiev, Simferopol, Novokuznețk (1989) și Moscova (1989).

În ultimii 20-30 de ani au fost obținute succese remarcabile în tatonarea, elaborarea și aplicarea unor tehnici expeditive și mobile de diagnostic și resuscitare cardio-respiratorie și cerebrală, care au contribuit la ameliorarea posibilităților de evaluare clinică, de stabilizare a funcțiilor vitale, de monitorizare și de transportare asistată a pacienților spre unitățile spitalicești.

Strategiile de dezvoltare a asistenței medicale de urgență la etapa actuală se axează pe implementarea tehnologiilor moderne de resuscitare cardio-respiratorie și cerebrală, a principiilor și metodelor noi de terapie intensivă, de diagnostic și tratament în stările critice prin structurile sale organizatorice cu posibilități de intervenție operativă și sisteme de legături operative. Sistemele avansate de medicină de urgență asigură realizarea sistemelor unice pre- și intraspitalicești în baza unor planuri-cadru de cooperare în domeniu, precum și de educație/instruire în medicina de urgență.

Medicina de urgență, ca parte componentă a sistemelor de sănătate, este deja bine conturată din punct de vedere organizator, cu standarde profesionale, de educație și cercetare, dar încă în evoluție, tinzând spre o perfecționare și dezvoltare continuă.

Experiența internațională de organizare a asistenței medicale prespitalicești de urgență ne atestă, că modurile în care se practică medicina de urgență se împart distinct în două categorii de sisteme de organizare.

A. Sisteme, în care medicina de urgență este aplicată chiar în teren de către medic și cadre sanitare cu studii medicale medii, capabile să intervină eficient și prompt în urgențele medico-chirurgicale. Medicalizarea precoce de către cadrele sanitare cu pregătire specială în medicina de urgență permite realizarea competenței, care include evaluarea corectă, triajul rapid și eficient, resuscitarea respiratorie, cardiacă și biochimică, menite să asigure stabilizarea și supraviețuirea în marile urgențe medico-chirurgicale. Această situație permite și a contribuit la punerea la punct a terapiilor originale, la practicarea în intervale de timp utile, ce le face să fie eficiente.

B. Sisteme, în care medicina de urgență este aplicată în teren de personal nemedical, dar cu pregătire specială – „paramedici". Medicalizarea precoce de către nemedici a impus elaborarea și stabilirea unor protocoale cu reducerea la maximum a intervalelor de timp de transport la serviciile spitalicești, a volumului de asistență medicală acordată la etapa de prespital, servicii dotate cu mijloace tehnice performante, echipate cu tehnologii avansate de stabilizare și menținere a funcțiilor vitale și posibilități tehnice operative de transport.

Păstrarea contribuției de neînlocuit a prezenței medicului lângă bolnavul grav sau accidentatul critic, asigurarea unei asistențe competente, începând cu locul solicitării și terminând cu departamentele Medicină de Urgență, pusă în valoare prin tehnologiile moderne obligatorii din dotare, constituie elementul cheie al performanțelor unui sistem de asistență medicală urgentă.

Fără a fi încă definitivat un model ideal în medicina de urgență, în SUA și Europa, asistăm la o dezvoltare fără precedent a medicinei de urgență.

Menționăm experiența internațională în ceea ce privește implicarea poliției, pompierilor, paramedicilor și a comunității în organizarea și acordarea asistenței medicale de urgență, cât și a posibilităților de a se adapta flexibil la condițiile și cerințele comunității.

Experiența internațională confirmă că organizarea unui sistem și acordarea unei asistențe medicale de urgență calitative depinde de trei factori: existența unităților sanitare echipate cu aparataj medical și special, instrumentar și medicamente pentru diagnosticul, tratamentul și stabilizarea funcțiilor vitale; mijloace de transport sanitar specializat dotat cu sisteme de legături operative și acomodate pentru funcționarea aparatajului medical de monitorizare și menținerea funcțiilor vitale, cât și personal medico-sanitar instruit în acordarea asistenței medicale de urgență.

Dezvoltarea sistemelor medicinei de urgență este influențată în plan mondial de o multitudine de factori sociali, politici, economici, naturali și de sănătate a populației, care plasează importanța și rolul medicinei de urgență ca prioritară în sistemele naționale de sănătate ale țărilor lumii:

1. Creșterea numărului și a densității populației pe Glob și respectiv a incidenței urgențelor medico-chirurgicale.

Populația Globului a alcătuit primul miliard în 1850, în 1930 (după 80 de ani) a ajuns la al doilea miliard, în 1960 (după 30 de ani) a atins al treilea miliard, în 1975 (după 15 ani) a ajuns la al patrulea miliard, în 1983 (după 8 ani) a atins al cincilea miliard și în anul 1999 (după 16 ani) a constituit șase miliarde.

2. Tranziția demografică și îmbătrânirea populației. Ca urmare a creșterii duratei medii de viață, a speranței de viață, a progreselor din domeniul îngrijirilor medicale și a asistenței sociale s-a amplificat procesul de îmbătrânire.

În 1950 0,4% din populația Globului avea peste 80 de ani, în 2000 – 1%, iar pentru anul 2050 se preconizează o creștere a acestui număr până la 4%. Actualmente pe Glob trăiesc 654 mln. de oameni, care au vârsta de peste 60 de ani. Conform estimărilor, această cifră va crește până la 2 miliarde, iar numărul persoanelor vârstnice pentru prima dată în istoria omenirii va depăși pe cel al copiilor de până la 14 ani. Astfel, în 1950 ponderea oamenilor vârstnici constituia în plan mondial 8%, în 2000 – 10%, iar în 2050 va alcătui conform estimărilor ONU – 21% din numărul total al populației Globului. Anual numărul persoanelor vârstnice crește cu 2%, cu mult mai repede decât sporul natural al populației, această situație influențează structura nosologică și incidența urgențelor medico-chirurgicale.

3. Tranziția epidemiologică cu modificarea semnificativă a profilului morbidității cu scăderea ponderii morbidității infecțioase și creșterii prevalenței bolilor cronice sau neinfecțioase: cardiovasculare, oncologice, digestive și respiratorii și respectiv a urgențelor cauzate de acutizarea sau decompensarea lor.

Predominarea bolilor cronice în structura cauzelor morbidității și mortalității este asociată cu un șir de factori demografici și epidemiologici. Se constată o creștere a influenței factorilor de risc, ceea ce a determinat, ca bolile cardiovasculare și cancerul să devină principalele cauze de morbiditate, mortalitate și disabilitate. Managementul bolilor cronice include și reorientările adecvate ale sistemelor medicină de urgență la noile realități. Asistența medicală de urgență prespitaliceas-

că şi intraspitalicească în complexul de prevenire a bolilor cardiovasculare are ca obiectiv reducerea ratei cazurilor letale, efectuarea resuscitării cardio-pulmonare şi cerebrale, transportul prompt şi medicalizat la centrele specializate pentru terapia intensivă cu administrarea medicaţiei antitrombotice, efectuarea procedurilor de dilatare cu balon şi by-pass aortocoronarian în centrele de performanţă.

4. Apariţia de noi pericole epidemiologice ca epidemia de HIV, SRAS, gripa aviară, recurenţa tuberculozei, care prin migrarea rapidă a populaţiei şi a altor factori pot fi transmise departe de habitualul originar.

Infecţia HIV continuă să se răspândească rapid în lume. Conform datelor Naţiunilor Unite, în 2002 în lume se numărau 24 mln. de persoane infectate. Către anul 1997 pe Glob, de pe urma SIDA, au decedat 11,7 milioane de persoane. În 1997 au decedat de SIDA 2,3 mln. de bolnavi.

Pandemia HIV/SIDA este una dintre cele mai mari provocări ale secolului al XXI-lea, care ne demonstrează o dată în plus că lumea este încă vulnerabilă faţă de pandemiile bolilor nonemergente.

5. Creşterea incidenţei traumatismelor în urma accidentelor, intoxicaţiilor, suicidului, omuciderii, violenţei şi în special a mortalităţii persoanelor în vârsta aptă de muncă.

Cauza majoră a deceselor de pe urma traumelor sunt accidentele rutiere. Statisticile OMS ne arată, că la fiecare două minute şi jumătate o persoană îşi pierde viaţa într-un accident de circulaţie, ceea ce înseamnă peste 200 mii de morţi anual în lume. Se apreciază că pentru fiecare caz de deces există cam 100 de răniţi, dintre care 10 necesită spitalizare. O importanţă deosebită în micşorarea invalidităţii şi mortalităţii prin traumatisme le revin sistemelor de asistenţă medicală urgentă responsabile de asistenţa medicală la locul accidentului, stabilizarea victimelor şi transportului în centrele care recepţionează urgenţele traumatologice cu echipe multidisciplinare şi tehnologii avansate, care dau posibilitate de a asigura asistenţă specializată înalt calificată. Implementarea Suportului Vital Bazal şi Suportului Vital Avansat în Traume ca programe obligatorii de instruire sunt de o importanţă vitală în realizarea obiectivelor de reducere a mortalităţii prin traumatisme.

6. Incidenţa conflictelor armate şi actelor de terorism, amploarea calamităţilor naturale şi tehnogene cu afectarea în masă a populaţiei prezintă un pericol real al sănătăţii populaţiei şi în acelaşi timp o avertizare a necesităţii fortificării sistemelor naţionale de medicină de urgenţă.

7. Internaţionalizarea medicinei de urgenţă cauzată, pe de o parte, de incidenţa în creştere a urgenţelor medico-chirurgicale ca rezultat al creşterii pericolului pentru omenirea secolului al XXI-lea, tranziţia epidemiologică, globalizarea problemelor de sănătate şi experienţa acumulată în domeniul cooperării internaţionale în situaţii de crize a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, Crucii Roşii Internaţionale.

16.2. DEZVOLTAREA MEDICINEI DE URGENŢĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Asistenţa Medicală de Urgenţă în Republica Moldova are o istorie de 63 de ani şi îşi marchează începutul ca sistem odată cu deschiderea la 4 septembrie 1944 a primei Staţii de Salvare în Chişinău. Prin decizia Sovietului Miniştrilor al RSSM nr. 191-P din 29 martie 1957 şi a ordinului Ministerului Ocrotirii Sănătăţii al RSSM

nr. 88 din 16 aprilie 1957, în incinta clădirii din str. Kievului, 157, începând cu 20 aprilie 1957, a fost înfiinţat Spitalul orăşenesc nr. 1, în care au fost desfăşurate 100 de paturi, fiind organizate 3 secţii: ginecologie – 50 paturi, chirurgie – 25 paturi şi terapie – 25 paturi. Tot prin acest ordin era prevăzută alipirea la spital a Policlinicii orăşeneşti nr. 4.

Staţia de Salvare a fost comasată cu Spitalul orăşenesc nr. 1 în 1959 şi reprofilate în Spitalul Orăşenesc de Salvare, care prin ordinul Ministerului Ocrotirii Sănătăţii nr.275 din 07 iulie 1987 a fost denumit Spitalul Clinic de Urgenţă, actualmente Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic Medicină de Urgenţă.

Staţia de Salvare şi-a început activitatea cu o caretă cu doi cai, care deservea bolnavii gravi la domiciliu şi în locurile publice. În 1948, pentru deservirea urgenţelor prespitaliceşti, staţia dispunea de 3 maşini, două echipe de medici şi o echipă de felceri. În anul 1956 în componenţa Staţiei de Salvare a fost organizată prima echipă de pediatrie.

Staţii de salvare au fost organizate în or. Tiraspol (1944), or. Bălţi (1945) şi or. Bender (1945), iar în componenţa Spitalelor Centrale Raionale au fost organizate secţii de salvare.

În perioada anilor 1970-1971 au fost organizate primele echipe specializate cardiologie, toxicologie, traumatologie, reanimare maturi şi psihiatrie.

În anul 1984 în cadrul Serviciului de Asistenţă Medicală de Urgenţă a Spitalului Clinic Municipal de Urgenţă Chişinău a fost organizat Centrul de diagnostic electrocardiografic la distanţă (ordinul MOS al RSSM nr.182 din 24.03.83).

În Chişinău au fost deschise substaţii AMU în sectorul Botanica (1962), Râşcani (1966), Buiucani (1971) şi Ciocana (1993). Echipa AMU specializată reanimare copii a fost organizată în a.1978. În 1985 se organizează Societatea Medicilor de la Salvare.

Un aport deosebit în dezvoltarea serviciului Asistenţă Medicală Urgentă în Republica Moldova au avut colaboratorii catedrei Medicină Socială şi Organizarea Ocrotirii Sănătăţii a Institutului de Stat de Medicină din Chişinău V.I. Kant, I.T. Prisacari, E.P. Popuşoi, A.V. Leşanu.

În perioada sovietică în RSSM existau trei staţii de salvare în oraşele Tiraspol, Bălţi şi Bender, secţii de salvare în componenţa Spitalelor Centrale Raionale şi în Chişinău – Spitalul Clinic de Urgenţă cu serviciul de salvare pentru deservirea urgenţelor prespitaliceşti.

În anii 1957–1990 se reorganizează continuu şi Spitalul Clinic de Urgenţă, care sporeşte capacitatea de la 100 de paturi în 1957 la 590 în 1990. În cadrul clinicii este organizat şi serviciul ambulator de traumatologie şi ortopedie care întruneşte astăzi 4 secţii în sectoarele Botanica, Buiucani, Centru şi Râşcani ale municipiului Chişinău şi acordată asistenţă specializată traumatologică şi ortopedică de ambulator.

Anii de independenţă 1990–2007 ai Republicii Moldova au avut un impact benefic în fortificarea serviciului de urgenţă în Republica Moldova.

În anul 1999, prin Hotărârea Guvernului nr.689 din 23.07.99, a fost aprobat primul Program Naţional de dezvoltare a asistenţei medicale de urgenţă în Republica Moldova pe anii 1999–2003. Prin acest act legislativ serviciul prespitalicesc Asistenţă Medicală Urgentă a fost separat de sectorul spitalicesc ca serviciu aparte şi adaptat la structura administrativ-teritorială a Republicii Moldova.

Au fost elaborate actele normative de organizare şi dotare a serviciului AMU în conformitate cu cerinţele în domeniu adoptate în ţările Comunităţii Europene.

A fost înlocuit semnul serviciului de urgenţă „Crucea Roşie" cu simbolul internaţional al serviciului de urgenţă „Crucea Vieţii".

16.3. PREMISELE REFORMĂRII ŞI PERFECŢIONĂRII SERVICIULUI ASISTENŢĂ MEDICALĂURGENTĂ

1. Ajustarea Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă la organizarea administrativ-teritorială a Republicii Moldova.

2. Crearea unei echităţi sociale în asigurarea accesului populaţiei urbane şi rurale la asistenţa medicală de urgenţă şi adaptarea capacităţilor Serviciului Centralizat Asistenţă Medicală Urgentă la necesităţile reale ale comunităţilor zonale.

3. Argumentarea ştiinţifică a perfecţionării în continuare a Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă prin reorientarea dezvoltării capacităţilor în conformitate cu epidemiologia urgenţelor medico-chirurgicale, a incidenţei morbidităţii şi mortalităţii populaţiei prin urgenţe medico-chirurgicale.

4. Adaptarea optimă a Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă la condiţiile social-economice, geografice, cât şi la tendinţele demografice ale populaţiei RM.

5. Dezvoltarea şi perfecţionarea în continuare a capacităţilor Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă; bazei tehnico-materiale, asigurării cu transport sanitar, aparataj portativ şi de diagnosticare şi tratament, cât şi a procesului de pregătire şi instruire a cadrelor medico-sanitare conform cerinţelor în domeniu în vigoare în ţările Comunităţii Europene.

6. Încadrarea şi integrarea Programului de Stat privind dezvoltarea Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă în strategiile naţionale şi de integrare Europeană în domeniul sănătăţii publice.

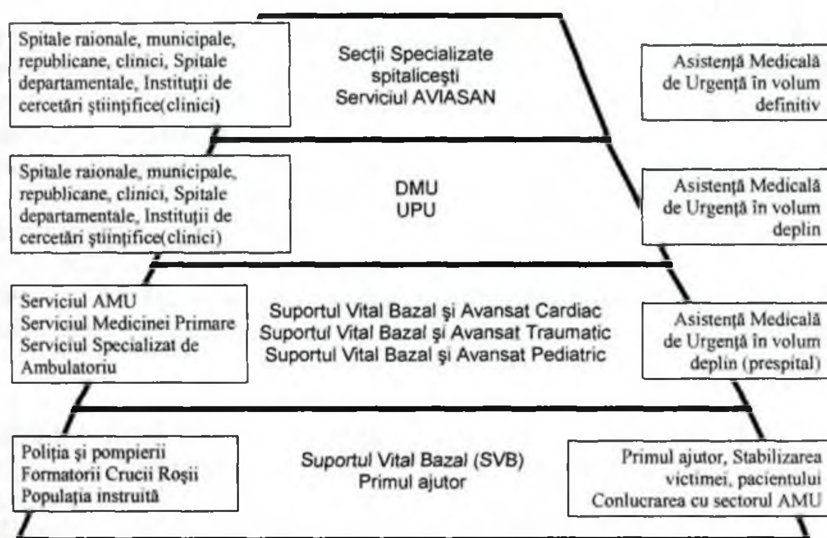


Figura 61. **Etapizarea Asistenţei Medicale de Urgenţă în RM**

Amplasarea în teritoriul Republicii a subdiviziunilor de AMU acoperă geografic populația țării cu asistență medicală urgentă în rază de până la 25 km, care, de rând cu dotarea pe parcursul anilor 2003-2005 a Serviciului de AMU cu 200 de autosanitare, au majorat substanțial, la toate etapele de organizare a ei, posibilitățile de intervenție ale serviciului şi au condus la creşterea accesibilității populației republicii la asistența medicală de urgență (*figura 61*).

16.4. OBIECTIVELE DE DEZVOLTARE A ASISTENȚEI MEDICALE DE URGENȚĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

1. Reducerea mortalității, invalidității şi morbidității prin acordarea în caz de urgențe medico-chirurgicale a asistenței medicale operative şi calitative.
2. Reducerea timpului de alarmare sub 90 de secunde, a timpului de ajungere la caz (de la solicitare până la sosirea la caz) sub 10 min. în centrele municipale şi oraşe şi sub 15 min. în localitățile rurale.
3. Constituirea unui sistem regionalizat de asistență medicală urgentă, reprezentat prin stația zonală de asistență medicală urgentă cu substații în centrele municipale şi în raioane şi puncte de asistență medicală urgentă în teritorii.
4. Implementarea tehnologiilor şi metodelor de resuscitare şi terapie intensivă, aprobate prin ordinele şi dispozițiile Ministerului Sănătății şi OMS la toate nivelurile de organizare şi acordare a asistenței medicale de urgență.
5. Asigurarea echității sociale în aspect de accesibilitate la asistență medicală de urgență, atât a populației urbane, cât şi a celei rurale.
6. Stabilirea ca normativ al incidenței solicitărilor la 1000 de locuitori urbani – 270 şi la 1 000 de locuitori rurali – 230, iar în medie pe republică 250 de solicitări la 1000 de locuitori.
7. Asigurarea normativelor de asigurare a populației cu echipe de asistență medicală urgentă – 0,8 echipe/tură şi cu unități de transport specializat – o autosanitară la 10 mii de locuitori.
8. Restructurarea secțiilor de primire în departamente Medicină de Urgență şi/sau unități primire urgențe cu structură, cadre şi tehnologii adecvate primirii şi tratamentului urgențelor medico-chirurgicale polidisciplinare.
9. Implementarea standardelor de acordare a asistenței medicale de urgență la etapa de prespital şi în departamentele Medicină de Urgență /unități primire urgențe.
10. Fortificarea Serviciului Republican AVIASAN.
11. Crearea unui sistem integrat, pre- şi intraspitalicesc de acordare a asistenței medicale de urgență pe baza unei cooperări în domeniu şi a standardizării asistenței medicale şi rezolvării urgențelor medico-chirurgicale de la preluarea pacientului până la internarea lui în departamentul Medicina de Urgență, şi sectorul intraspitalicesc specializat.

16.5. STRATEGIILE DE DEZVOLTARE A ASISTENȚEI MEDICALE DE URGENȚĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

1. Regionalizarea şi optimizarea structurii asistenței medicale de urgență. Va fi fortificat sistemul zonal de asistență medicală urgentă – Stația Zonală cu substații în municipii şi raioane, puncte de asistență medicală urgentă în teritorii. Va fi creat

un sistem cu posibilităţi de intervenţie operativă, cu dirijare centralizată şi care va asigura echitatea socială privind accesul populaţiei rurale şi urbane la asistenţa medicală urgentă.

2. Ameliorarea şi perfecţionarea în continuare a calităţii asistenţei medicale de urgenţă, precum şi asigurarea cu tehnologii, echipament medical şi medicamente necesare acordării asistenţei în urgenţele medico-chirurgicale. Implementarea standardelor obligatorii de dotare şi acordare a asistenţei medicale de urgenţă la toate nivelurile.

3. Asigurarea rolului metodic şi organizaţional la nivel de zonă – de către Staţia Zonală Asistenţă Medicală Urgentă şi la nivel naţional – de către Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic Medicină de Urgenţă.

4. Pregătirea şi perfecţionarea cadrelor medico-sanitare din serviciul de asistenţă medicală urgentă şi a medicilor de alte specialităţi în medicina de urgenţă în conformitate cu regulamentul stabilit de USMF „N.Testemiţanu", precum şi crearea centrelor zonale de instruire în domeniul medicinei de urgenţă. Va fi asigurată evaluarea şi adoptarea programelor în domeniul medicinei de urgenţă în conformitate cu cerinţele şi realizările ştiinţifice.

5. Dezvoltarea şi consolidarea serviciului operativ ca element cheie al serviciului prespitalicesc asistenţă medicală urgentă, implementarea telemedicinei şi a sistemului informaţional integrat în scopul monitorizării, evaluării şi evidenţei statistice cât şi a prestării serviciilor consultative de diagnostic şi tratament la distanţă bolnavilor cu urgenţe medico-chirurgicale.

6. Restructurarea secţiilor de primire a spitalelor republicane, municipale, raionale în Departamente Medicină de Urgenţă şi/sau Unităţi Primire Urgenţe cu structură, personal, aparataj, saloane de stabilizare şi cu posibilităţi de primire şi de dezvoltare a urgenţelor polidisciplinare. Personalul Departamentelor Medicină de Urgenţă/ Unităţi Primire Urgenţe cu pregătire în medicina de urgenţă va asigura succesiunea cu etapa prespitalicească şi vor contribui la ameliorarea calităţii şi operativităţii deservirii urgenţelor medico-chirurgicale.

Strategiile de dezvoltare a asistenţei medicale de urgenţă la etapa actuală se axează pe implementarea tehnologiilor moderne de resuscitare cardio-respiratorie şi cerebrală, a principiilor şi metodelor noi de terapie intensivă, de diagnostic şi tratament în stările critice. Prin structurile sale organizatorice sistemele avansate de medicină de urgenţă asigură realizarea sistemelor unice pre- şi intraspitaliceşti în baza unor planuri-cadru de cooperare în domeniu, precum şi de educaţie/instruire în medicina de urgenţă (4,5,6).

16.6. STRUCTURA ORGANIZAŢIONALĂ A SERVICIULUI ASISTENŢĂ MEDICALĂ URGENTĂ

În conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.891 din 17.07.2003 „Cu privire la crearea Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă din Moldova" a fost creată structura Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă, au fost elaborate actele normative ce reglementează structura organizatorică, obligaţiunile şi responsabilităţile fiecărei subdiviziuni în parte, modalitatea de acordare a asistenţei medicale de urgenţă şi conlucrarea serviciului cu alte sectoare ale sistemului de sănătate şi administraţia publică centrală şi locală.

Structura Serviciului Asistență Medicală Urgentă include Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, 4 Stații Zonale Asistență Medicală Urgentă, care au în componența lor 42 de substații Asistență Medicală Urgentă amplasate în municipii și centrele raionale, și 84 de Puncte Asistență Medicală Urgentă, amplasate în localitățile rurale, asigurându-se astfel accesul populației la asistență medicală de urgență (*figura 62*).

1. Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență include clinica cu 589 de paturi, Serviciul republican AVIASAN, 4 secții de ambulatoriu de ortopedie și traumatologie, amplasate în sectoarele Centru, Botanica, Buiucani și Râșcani, serviciul AMU pentru deservirea populației municipiului Chișinău cu 5 substații în sectoarele Centru, Botanica, Buiucani, Râșcani, Ciocana și 5 Puncte AMU în teritoriu.
2. Stația Zonală AMU Centru cu 17 Substații în centrele raionale Anenii Noi, Basarabeasca, Călărași, Criuleni, Cimișlia, Dubăsari, Căușeni, Ialoveni, Nisporeni, Orhei, Hâncești, Ungheni, Rezina, Telenești, Șoldănești, Ștefan Vodă, Strășeni și 35 de Puncte AMU în teritoriu.
3. Stația Zonală AMU Nord cu 12 substații în mun.Bălți și în centrele raionale: Glodeni, Fălești, Sângerei, Râșcani, Drochia, Soroca, Florești, Edineț, Ocnița, Briceni, Dondușeni și 24 de Puncte AMU în teritoriu.
4. Stația Zonală AMU Sud cu 4 substații în centrele raionale Cahul, Cantemir, Leova și Taraclia și 13 Puncte AMU în teritoriu.
5. Stația Zonală AMU UTA Găgăuzia cu 3 substații în mun.Comrat, centrul raional Ceadâr-Lunga și orășelul Vulcănești și 7 Puncte AMU în teritoriu.

Structura serviciului AMU la etapa de prespital este acomodată la structura administrativ-teritorială, luându-se în considerare nivelul morbidității prin urgențe medico-chirurgicale, particularitățile geografice, indicii demografici ai populației și infrastructura sistemului de sănătate. În scopul asigurării operativității deservirii urgențelor medico-chirurgicale structura organizatorică a serviciului de AMU în republică prevede acoperirea geografică a populației în raza de 25 km cu subdiviziuni ale serviciului prespitalicesc AMU.

6. Stațiile se organizează în centrele municipale și orașe. Stațiile zonale sunt centre organizator-metodice, în domeniul asistenței medicale de urgență în teritoriu, unde sunt dislocate Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, va asigura rolul organizator-metodic și consultativ la nivel național.
7. Sistemul zonal de asistență medicală urgentă este reprezentat de Stația Zonală de asistență medicală urgentă, cu substații în centrele raionale și puncte de asistență medicală urgentă în teritoriu pentru acoperirea geografică a populației, cu amplasarea în raza de până la 25 km a subdiviziunilor serviciului de AMU, în scopul asigurării operativității deservirii urgențelor medico-chirurgicale. Numărul de Substații și Puncte AMU, teritoriile și numărul populației de deservire se stabilesc de MS al RM în corespundere cu legislația și normativele în vigoare.
8. Pentru acordarea asistenței medicale de urgență la etapa de prespital, în componența Stațiilor sunt organizate echipe AMU, al căror număr și profil este stabilit, reieșind din normativul 0,8 echipe/tură la 10 mii de locuitori. Fiecare stație trebuie să aibă în componența sa echipe generale (maturi, copii), echipe specializate în cardiologie, neurologie, psihiatrie, reanimare copii și maturi. Numărul echipelor

specializate se stabileşte în conformitate cu structura nosologică a urgenţelor medico-chirurgicale, situaţia demografică şi geografică a teritoriului deservit, precum şi în conformitate cu normativele stabilite de MS al RM.

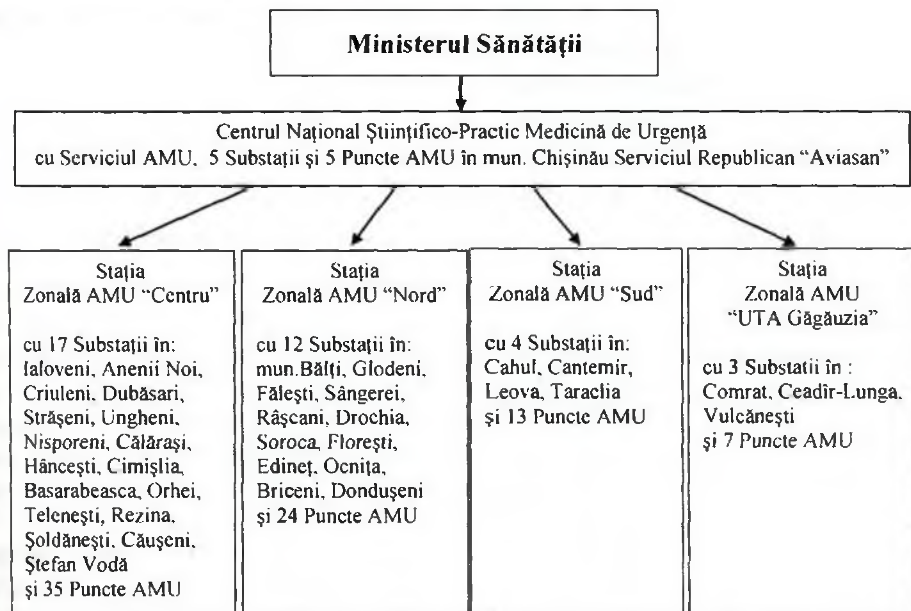


Figura 62. **Serviciul Asistenţă Medicală Urgentă, MS al RM**

Serviciul Asistenţă Medicală Urgentă prin structura sa organizatorică corespunde obiectivelor strategice de restructurare şi dezvoltare atât ale sectorului spitalicesc, cât şi ale medicinei primare. În acelaşi timp, serviciul AMU este centralizat la nivel naţional şi bine integrat în sistemul de sănătate al RM.

16.7. FUNCŢIILE SERVICIULUI ASISTENŢĂ MEDICALĂ URGENTĂ

Funcţiile obligatorii ale sistemului de asistenţă medicală urgentă sunt :

1. Determinarea urgenţelor medico-chirurgicale şi iniţierea în materie de prim ajutor prin instruirea populaţiei a contingentelor specializate în acordarea primului ajutor, cadrelor medico-sanitare din sectorul medicinei primare şi a serviciului asistenţă medicală urgentă.

2. Asigurarea accesului populaţiei rurale şi urbane la asistenţa medicală urgentă, crearea condiţiilor de alertare imediată a serviciului de asistenţă medicală urgentă şi menţinerea capacităţii acestuia de a interveni operativ.

3. Aplicarea în timp util de către personal a tratamentului, după evaluarea competentă a diagnosticului şi stabilirea priorităţilor în acordarea asistenţei medicale de urgenţă.

4. Stabilizarea funcţiilor vitale şi transportul operativ al pacientului de către serviciul de asistenţă medicală urgentă cu structură, cadre şi tehnologii adecvate acordării asistenţei specializate.

5. Restructurarea secțiilor de internare în departamente Medicină de Urgență cu structură, cadre şi tehnologii adecvate pentru primirea şi tratamentul urgențelor medico-chirurgicale.
6. Tratamentul în sălile de operații şi serviciile de reanimare-terapie intensivă.
7. Organizarea şi succesiunea interdisciplinară.
8. Planificare, instruire şi evaluare.
9. Cercetări ştiințifice în domeniu.

16.8. ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE DE URGENȚĂ POPULAȚIEI LA ETAPA DE PRESPITAL

Asistența medicală de urgență la etapa de prespital se acordă populației din teritoriul de deservire în regim non-stop de către Serviciul Asistență Medicală Urgentă care include: Stația de asistență medicală urgentă (în continuare Stația) şi subdiviziunile sale – Substațiile AMU şi Punctele AMU (în continuare Substații, PAMU), departamentele Medicină de Urgență şi unitățile de primire urgentă, asigurându-se astfel drepturile cetățenilor la asistența medicală urgentă, în conformitate cu Articolul 36 al Constituției Republicii Moldova şi Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.98.

Asistența medicală urgentă la etapa de prespital se acordă în temeiul cerințelor actelor legislative şi normative în vigoare, ordinelor, hotărârilor, deciziilor Ministerului Sănătății, CNAM, Programelor Naționale în domeniu, Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Consiliului Administrativ, exigențelor IMSP CNŞPMU.

Serviciul AMU asigură accesul echitabil la asistență medicală de urgență populației țării şi calitatea serviciilor medicale acordate.

Acordarea asistenței medicale urgente populației din teritoriu la etapa de prespital este asigurată de Stație cu subdiviziunile sale (Substații şi PAMU), Departamentele Medicină de Urgență şi/sau Unități Primire Urgențe (secții de internare) din cadrul spitalelor republicane, municipale, raionale, subdiviziunile Serviciului Asistență Medicală Primară (CMF, OMF), conform competențelor sale şi profesiogramei medicului de familie (asistentului medicului de familie), alte instituții medicale.

Aria teritoriului de deservire a populației de către Serviciul AMU este aprobată de MS.

Serviciul AMU asigură acoperirea geografică a teritoriului de deservire cu amplasarea subdiviziunilor sale în teritoriu (Substații şi PAMU) în rază de până la 25 km, în scopul asigurării echității sociale, accesibilității populației la asistența medicală de urgență, operativității reacționării şi deservirii urgențelor medico-chirurgicale.

Asistența medicală urgentă în teritoriu este asigurată reieşind din normativele de asigurare a populației cu echipe de AMU – 0,8 echipe / tură şi cu unități de transport specializat – 1 autosanitară la 10 mii de locuitori.

Asistența medicală urgentă este solicitată în următoarele cazuri:

Accidente şi maladii acute, traumatisme, leziuni, combustii, intoxicații, hemoragii, lipotemii, convulsii, durere toracică, dureri abdominale sau de spate, acces de

cord, accidente rutiere, electrocutări, înec şi alte stări ce pun în pericol viaţa, asigurând îngrijiri medicale primare de urgenţă, transportarea şi supravegherea accidentaţilor, bolnavilor, gravidelor, nou-născuţilor şi mamelor lor etc. conform actelor în vigoare la capitolele respective.

Pentru transportarea medicală asistată în cazurile reglementate prin ordinele MS al RM Serviciul AMU asigură acordarea asistenţei medicale de urgenţă în zonele de calamităţi, dezastre, accidente, focare de afectare în masă a populaţiei.

Solicitarea asistenţei medicale de urgenţă se efectuează la numărul de telefon unic pe ţară "903" sau la adresare personală, cu înregistrarea numărului de telefon a solicitantului, înregistrarea convorbirii telefonice a solicitantului cu dispeceratul „903".

Întru solicitarea Serviciului de urgenţă, solicitantul este obligat să comunice dispecerului adresa exactă, numele bolnavului sau accidentatului, vârsta şi motivul apelului, să întâlnească echipa de AMU în stradă, în curte sau la intrare în casă.

Serviciul AMU asigură promptitudinea şi operativitatea rezolvării urgenţelor medico-chirurgicale, dirijându-se de clasificarea „Color-Cod".

Serviciul AMU asigură timpul de alarmare (de la preluarea solicitării la start) sub 90 secunde; timpul de ajungere la caz (de la preluarea solicitării la sosire la caz) sub 10 minute în centre municipale, oraşe şi sub 15 minute în localităţile rurale; timpul de la oprirea autosanitarei până la primul contact cu medicul de gardă din cadrul Departamentului Medicină de Urgenţă (secţia internare) sub 90 secunde şi transmiterea bolnavului unităţii spitaliceşti sub 5 minute.

Asistenţa medicală de urgenţă se acordă în conformitate cu standardele de acordare a AMU în urgenţele medico-chirurgicale.

Serviciul AMU organizează spitalizarea oportună a bolnavilor cu urgenţe-medico chirurgicale majore şi de gradul II în cadrul instituţiilor medico-sanitare publice de profil.

Serviciul AMU asigură spitalizarea bolnavului în caz de agravare accentuată a stării de sănătate, în timpul transportării, în cea mai apropiată instituţie sanitară spitalicească, indiferent de forma de proprietate, profil şi prezenţa locurilor libere.

Dispeceratul central „903" al secţiei operative a Serviciului AMU (Staţiei) transmite solicitările deservite de echipele AMU serviciului de asistenţă medicală primară pentru informare şi deservire de către medicul de familie, care se documentează conform cerinţelor în vigoare la acest capitol.

Serviciul AMU nu deserveşte solicitările neîntemeiate, nu eliberează certificate vizând incapacitatea de muncă, nu efectuează expertiza stării de ebrietate sau a toxicomaniei, nu efectuează expertiza medico-legală şi nu eliberează nici un fel de certificat în scris, nu efectuează consultaţii şi tratament programat, nu deserveşte solicitările pentru constatarea cazurilor de deces şi nu asigură transportarea cadavrelor medico-legale.

Deservirea urgenţelor medico-chirurgicale pe întreg teritoriu se efectuează cu utilizarea unităţilor de transport sanitar, cu includerea girofarelor şi a sirenelor conform regulamentelor stabilite.

Pe autosanitarele Serviciului AMU din teritoriul ţării este imprimat însemnul internaţional al Serviciului de asistenţă medicală urgentă „CRUCEA VIEŢII" cu şase braţe de culoare albastră, înconjurată de denumirea subdiviziunii căreia apar-

ține ambulanța. Pe ambulanță este imprimat numărul unic național „903", pe partea anterioară „AMBULANȚA", imprimat inversat pe ambele părți ale caroseriei „ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ". Unitățile de transport sanitar din dotarea Serviciului AMU sunt înmatriculate sub un număr unic național „AMU".

Personalul medico-sanitar al Serviciului AMU este asigurat cu vestimentație cu destinație specială iarnă-vară, care corespunde culorilor internaționale ale serviciului AMU – oranj (sau roşu) şi albastru, şi de protecție.

Serviciul de poliție rutieră contribuie la asigurarea priorității transportului sanitar din cadrul Serviciului AMU în traficul rutier.

Serviciul AMU colaborează continuu cu serviciul de medicină preventivă, serviciile: de poliție, pompieri, salvatori, antiincendiar, subdiviziunile Armatei Naționale dislocate în teritoriul de deservire, administrația publică locală.

Serviciul AMU furnizează informații telefonice privind acordarea recentă a asistenței medicale bolnavilor şi accidentaților, confirmarea locului de spitalizare şi informația fiind oferită la solicitarea cetățenilor de către biroul de informații al secției operative sau de dispeceratul central. Orice informație oficială în mod scris poate fi furnizată doar în baza interpelării organelor de justiție, poliției sau cererii oficiale a persoanei juridice sau fizice, depusă pe numele medicului-şef (director) al Serviciului AMU (Stației) şi avizată spre executare, în conformitate cu legislația în vigoare la acest capitol.

Serviciul AMU întocmeşte (în 2 exemplare prin hârtie indigo) actul despre bunurile materiale (bani, obiecte de preț etc.), diverse documente, găsite în cazul solicitărilor la bolnavii inconştienți, în stare de ebrietate sau decedați fără persoane de însoțire şi transmiterea acestora medicului de gardă din cadrul Departamentului Medicină de Urgență (secției internare) sau reprezentantului poliției, sub semnătură personală cu solicitarea semnăturii persoanei căreia i-a fost transmis bolnavul sau cadavrul şi prezintă primul exemplar medicului coordonator de gardă.

16.9. ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII STAȚIEI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ

I. Dispoziții generale. Stația este componentă funcțional-structurală a Serviciului Asistență Medicală Urgentă (în continuare Serviciul AMU) la etapa de prespital, care asigură administrarea serviciilor de AMU acordate populației din teritoriul de deservire.

Stația îşi desfăşoară activitatea în baza politicii MS în domeniul sănătății publice şi medicinei urgente şi calamităților, în activitatea sa se călăuzeşte de prevederile actelor legislative şi normativelor în vigoare, hotărârilor, ordinelor şi deciziilor MS, CNAM (ce țin de serviciile medicale contractate din contul fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală), de cerințele IMSP CNŞPMU, deciziile Consiliului Administrativ, ordinele şi dispozițiile emise de către medicul şef (director) al Stației, precum şi de alte acte normative.

Stația este subordonată MS (fondator), IMSP CNŞPMU.

Stației se subordonează Substațiile şi Punctele de asistență medicală de urgență din teritoriul de deservire.

Hotarele teritoriilor de deservire ale Stației sunt aprobate de MS.

Întru realizarea atribuțiilor sale Stația colaborează cu specialiștii MS, specialistul principal netitular al MS în domeniul medicinei urgente și al calamităților, CNAM, serviciul de monitorizare, evaluare și integrare a serviciului AMU din cadrul IMSP CNȘPMU, conducătorii serviciului de asistență medicală primară și serviciului spitalicesc din teritoriul de deservire, cu serviciul de medicină preventivă, serviciul de poliție, serviciul de pompieri, administrația publică locală.

II. Organizarea Stației.

Organizarea Stației este conformată următoarelor principii și componente structurale:

Stația este o instituție medico-sanitară publică, care asigură în regim non-stop asistența medicală urgentă populației din aria de deservire la etapa de prespital.

Stația este o unitate funcțional-componentă a Serviciului medicină de urgență și calamități, a cărei organizare este orientată spre desfășurarea activităților eficiente în situații excepționale.

Stația este persoană juridică, care dispune de state de funcții, ștampilă și antet, cont bancar în conformitate cu legislația în vigoare, abilitată cu dreptul de a manevra și întări baza tehnico-materială.

Stația este condusă de către medicul-șef (director), care poartă responsabilitate personală pentru întreg spectrul de activități în cadrul ei, inclusiv de nivelul organizării și calitatea serviciilor de AMU acordate populației din teritoriul de deservire.

Stația este concomitent centru organizator-metodic, în domeniul asistenței medicale de urgență în teritoriul de dislocare.

Stația subordonează Substațiile de asistență medicală urgentă (în continuare Substațiile) amplasate în municipii, centre raionale și Punctele de asistență medicală urgentă (în continuare PAMU), amplasate în localități rurale, pentru acoperirea geografică a teritoriului de deservire, cu amplasarea subdiviziunilor Serviciului AMU în raza de până la 25 km, și asigurarea operativității deservirii urgențelor medico-chirurgicale.

Stația stabilește numărul de Substații și PAMU, ținând cont de aria de deservire și numărul populației, în conformitate cu normativele în vigoare.

Stația este amplasată într-un edificiu care corespunde exigențelor sanitaro-igienice și tehnice respective pentru desfășurarea unei activități adecvate a Serviciului AMU, conform cerințelor în vigoare.

Echipa de asistență medicală urgentă este o unitate structurală a subdiviziunilor Stației, care acordă asistență medicală urgentă solicitanților la locul solicitării și în timpul transportării bolnavilor spre spital, în cadrul subdiviziunilor AMU, în cazul adresărilor de sine stătător.

În componența Stației sunt organizate echipe de AMU, numărul și profilul cărora este stabilit conform normativului de 0,8 echipe / tură la 10 mii de locuitori.

Stația include în componența sa echipe generale (maturi, copii), echipe specializate cardiologice, neurologice, psihiatrice, reanimare copii și maturi, numărul cărora se stabilește în conformitate cu structura nosologică a urgențelor medico-chirurgicale, situația demografică și geografică a teritoriului deservit și normativele în vigoare la acest capitol.

Stațiile se clasifică în trei categorii, în funcție de numărul populației din teritoriul de deservire:

Categoria I – deservesc peste 650.001 locuitori.
Categoria II – deservesc 200.001–650.000 locuitori.
Categoria III – deservesc până la 200.000 locuitori.
Substaţiile se clasifică în trei categorii în funcţie de numărul de echipe AMU:
Categoria I – substaţiile care au în statele de funcţii 13 echipe AMU şi mai mult.
Categoria II – substaţiile care au în statele de funcţii 6-12 echipe AMU.
Categoria III – substaţiile care au în statele de funcţii 2-5 echipe AMU.
Punctele AMU dispun în statele de funcţii de 1,0-1,75 echipe AMU.
Staţia este atribuită instituţiilor medico-sanitare de primă necesitate fiind asigurată cu energie electrică conform instituţiilor de categoria I.
În scopul realizării obiectivelor şi funcţiilor de bază, în componenţa Staţiilor se organizează următoarele structuri:
a) Secţia operativă cu dispeceratul central „903", serviciul „sfatul medicului", serviciul control de linie, biroul de informaţii.
b) Secţia asistenţă medicală urgentă cu echipe de profil general maturi, copii, echipe specializate de cardiologie, neurologie, psihiatrie, reanimare maturi, reanimare copii, echipe de felceri, centrul diagnostic consultativ electrocardiografic la distanţă (numărul, profilul şi amplasarea în teritoriu a echipelor de AMU se stabileşte în baza necesităţilor populaţiei în asistenţă medicală urgentă, structura nosologică a urgenţelor medico-chirurgicale, situaţia demografică şi particularităţile geografice ale zonelor deservite).
c) Secţia organizator-metodică cu secţia informatică şi statistică medicală, serviciul tehnică de calcul şi informatică medicală, secţia asigurare şi optimizare AMU, Centrul de instruire în domeniul medicinii urgente.
d) Farmacie.
e) Substaţii de asistenţă medicală urgentă şi puncte de asistenţă medicală urgentă amplasate în teritoriu.
f) Secţia resurse umane.
g) Contabilitate.
h) Serviciul economie.
i) Serviciul juridic.
j) Serviciul tehnic şi gospodărie cu serviciul de telecomunicaţii, serviciul de exploatare şi reparaţie auto, serviciul de exploatare şi reparaţie a tehnicii medicale.
k) Aparatul administrativ (structura şi statele de personal care se aprobă anual de către MS prin coordonare cu IMSP CNŞPMU).
Întru asigurarea legăturilor operative şi recepţionarea solicitărilor, Staţia este dotată cu legătură telefonică urbană, asigurându-se 3 linii „903" la 100 mii de locuitori (însă nu mai puţin de 2 linii la Substaţie), legătură radio cu echipele AMU şi legătură directă cu IMSP teritoriale, serviciul poliţie, serviciul pompieri.
Asigurarea Staţiei cu transport sanitar se efectuează reieşind din normativul: 1 autosanitară la 10 mii locuitori şi sunt dotate conform normelor aprobate de MS.
Unităţile de transport sanitar din dotarea Staţiei sunt înmatriculate sub un număr unic naţional „AMU".
Pentru asigurarea controlului asupra organizării nivelului de acordare a asistenţei medicale urgente în teritoriu, Staţia este dotată cu o autosanitară (de tip – pentru pasageri).

III. Atribuţiile.

Staţia asigură :

➢ Organizarea controlului asupra respectării cerinţelor actelor legislative, normative şi de directivă în vigoare la capitolul sănătăţii publice şi asistenţei medicale urgente.

➢ Organizarea controlului asupra calităţii serviciilor medicale urgente acordate în cadrul Staţiei şi subdiviziunilor sale, prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

➢ Planificarea activităţilor sale la toate compartimentele (devizului de venituri şi cheltuieli, aprecierii statelor de funcţii, asigurării cu transport sanitar, aparataj şi echipament medical, medicamente, articole parafarmaceutice, inventar gospodăresc, moale, de protecţie etc., conform normativelor în vigoare) şi a evaluării continue a informaţiei respective, ţinându-se cont de particularităţile teritoriilor deservite.

➢ Acordarea suportului organizator-metodic subdiviziunilor sale.

➢ Organizarea instruirii medicilor, felcerilor şi cadrelor auxiliare în domeniul acordării asistenţei medicale urgente în conformitate cu exigenţele în vigoare.

➢ Crearea şi reînnoirea permanentă a rezervei de medicamente, material de pansament, echipament şi aparataj medical, truse de prim ajutor şi alt echipament necesar pentru acordarea asistenţei medicale de urgenţă calitative, inclusiv în situaţii excepţionale.

➢ Conlucrarea eficientă a serviciului AMU cu serviciul de Asistenţă Medicală Primară şi cel spitalicesc, serviciul medicinii preventive, serviciul pompieri, poliţie, serviciile comunale în acordarea operativă a asistenţei medicale de urgenţă populaţiei, inclusiv în situaţii excepţionale.

➢ Evaluarea şi perfectarea continuă a nivelului de asistenţă medicală de urgenţă acordată populaţiei din teritoriul de deservire.

➢ Organizarea recepţionării apelurilor de la populaţie la numărul unic „903" şi readresarea lor dispeceratelor Substaţiilor, PAMU subordonate întru deservirea operativă a solicitărilor şi acordarea asistenţei medicale urgente de calitate.

➢ Organizarea deservirii urgenţelor medico-chirurgicale de către autosanitare cu includerea sirenei şi girofarelor, în scopul asigurării priorităţii transportului sanitar în traficul rutier şi deservirii operative în conformitate cu regulamentele în vigoare.

➢ Organizarea asistenţei medicale urgente populaţiei la etapa de prespital, în conformitate cu standardele medico-economice aprobate.

➢ Organizarea preluării bolnavilor, accidentaţilor şi acordării asistenţei medicale de urgenţă la locul solicitării, pregătirea pacienţilor pentru transportare medicală asistată şi susţinerea funcţiilor vitale în timpul transportării către instituţia medicală care recepţionează urgenţele medico-chirurgicale.

➢ Organizarea spitalizării bolnavilor cu urgenţe medico-chirurgicale, femeilor gravide, nou-născuţilor cu mamele lor, care necesită tratament în condiţii de spital, spitalizării programate a bolnavilor, care necesită transportare supravegheată asistată la solicitarea personalului medical.

➢ Transportarea urgenţelor medico-chirurgicale contagioase, care necesită asistenţă medicală specializată asistată (instituţia care recepţionează urgenţele

medico-chirurgicale contagioase este obligată să efectueze prelucrarea sanitară a autosanitarei).

➢ Participarea echipelor mobile de intervenţie la lichidarea consecinţelor medico-sanitare, cauzate de calamităţi în teritoriul deservit, cît şi în afara lui, conform deciziilor organelor ierarhic superioare.

➢ Aprecierea unităţilor spitaliceşti, unde vor fi spitalizaţi bolnavii prin intermediul Serviciului AMU şi monitorizarea locurilor disponibile.

➢ Spitalizarea bolnavilor, în cazul agravării accentuate a stării sănătăţii, în cele mai apropiate instituţii medico-sanitare, indiferent de forma de proprietate, profil şi prezenţa locurilor libere.

➢ Mobilizarea echipelor de AMU în zonele de calamităţi, conform regulamentelor stabilite, şi participarea la lucrările de lichidare a consecinţelor medico-sanitare ale calamităţilor.

➢ Acordarea serviciilor informative şi consultative populaţiei, în conformitate cu prevederile prezentului ordin.

➢ Respectarea măsurilor de protecţie şi securitate a muncii, antiincendiare şi sanitaro-antiepidemice în cadrul subdiviziunilor sale.

➢ Participarea la şedinţele organizate în cadrul MS, IMSP CNŞPMU, Consiliului Medical şi la şedinţele operative organizate în cadrul serviciului de asistenţă medicală primară şi al unităţilor spitaliceşti din teritoriul de deservire.

IV. Drepturi.

Staţia are dreptul să:

➢ Refuze solicitarea, cu readresarea solicitantului, la necesitate, reţelei teritoriale de asistenţă medicală primară şi transmiterea oficială a solicitării pentru deservire în cazurile când solicitarea este neîntemeiată şi nu se încadrează în noţiunea de urgenţă medico-chirurgicală şi nu ţine de competenţa Serviciului AMU (faptul refuzului poate fi admis doar cu acceptul medicului coordonator de gardă al secţiei operative).

➢ Solicite informaţia necesară de la conducătorii serviciului AMP şi celui spitalicesc întru monitorizarea, evaluarea şi controlul asupra activităţii Serviciului AMU subordonat şi aprecierea nivelului conlucrării subdiviziunilor AMU subordonate cu serviciul AMP şi cel spitalicesc; să invite conducătorii serviciului Asistenţă Medicală Primară şi ai serviciului spitalicesc pentru participare la şedinţele organizate în cadrul Staţiei.

➢ Propună MS, coordonând preventiv cu IMSP CNŞPMU măsuri de perfectare a Serviciului AMU în teritoriu.

V. Responsabilităţi.

Staţia este responsabilă pentru:

➢ Nivelul adecvat de realizare a cerinţelor de acordare a asistenţei medicale de urgenţă în vigoare populaţiei din teritoriul de deservire la etapa de prespital în regim non-stop, iar în cazul situaţiilor excepţionale şi în afara teritoriului de deservire.

➢ Asigurarea timpului de ajungere la caz (de la solicitare la sosire la caz) sub 10 minute în centre municipale, raionale, oraşe şi sub 15 min. în localităţile rurale.

➢ Transportarea bolnavilor şi accidentaţilor, gravidelor, nou-născuţilor şi mamelor lor în spitale şi maternităţi.

- Participarea la lichidarea consecințelor situațiilor excepționale, ce țin de acordarea asistenței medicale urgente populației și prezența în aceste scopuri a rezervei lunare de medicamente, material de pansament, echipament și aparataj medical, brancarde, seturi de echipament și truse pentru desfășurarea și multiplicarea numărului de echipe AMU .
- Informarea instanțelor ierarhic superioare despre cazurile excepționale, numărul accidentaților și bolnavilor în conformitate cu regulamentul în vigoare la acest capitol.
- Dotarea cu surse autonome de energie, legături radio-telefonice operative și transport sanitar de rezervă.
- Acordarea volumului necesar de asistență medicală urgentă de calitate populației.
- Veridicitatea informației statistice întocmite și prezentate organelor ierarhic superioare.
- Furnizarea informației solicitate de către populație, organele de stat, de drept și instanțele de judecată, în conformitate cu legislația în vigoare privind accesul la informație.
- Prezentarea informației solicitate de către MS, CNAM și IMSP CNȘPMU, conform cerințelor și termenelor de prezentare stabilite.
- Analiza (lunară, semestrială, anuală) activității Stației și subdiviziunilor sale cu specificarea rezervelor și măsurilor ce necesită a fi întreprinse, prezentarea informației IMSP CNȘPMU în termenele stabilite.
- Examinarea obiectivă în termenele stabilite de legislația în vigoare a petițiilor, solicitărilor parvenite de la populația din aria de deservire privind acordarea asistenței medicale urgente.

VI. Dispoziții finale.

Stația nu eliberează certificate medicale, nu este în drept să primească decizii vizând incapacitatea temporară de muncă, nu efectuează expertiza stării de ebrietate sau a toxicomaniei, nu efectuează expertiza medico-legală și nu eliberează nici un fel de certificat în scris, nu efectuează consultații și tratament programat, nu asigură transportarea cadavrelor medico-legale.

Nivelul acordării asistenței medicale urgente se apreciază, în baza standardelor medico-economice aprobate, în modul stabilit.

Stația este reprezentată în instituțiile de stat și obștești, instanțele de judecată, alte instituții, sursele mass-media de către medicul-șef (directorul) al Serviciului AMU (Stației) sau de persoanele desemnate de către conducătorul Serviciului AMU.

Controlul asupra activității Stației se efectuează de către MS, CNAM, IMSP CNȘPMU în modul stabilit.

16.10. SECŢIA OPERATIVĂ A SERVICIULUI ASISTENŢĂ MEDICALĂ URGENTĂ

Organizarea activităţii secţiei operative din cadrul Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă.

I. Dispoziţii generale.

Secţia operativă este o subdiviziune structurală şi funcţională a Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă (Staţiei), care asigură recepţionarea centralizată a apelurilor populaţiei cu solicitarea asistenţei medicale de urgenţă la numărul unic pe ţară „903", solicitărilor pentru efectuarea transportărilor medicale asistate reglementate prin ordinul în cauză, trierea solicitărilor conform gradului de urgenţă şi manevrarea operativă a echipelor mobile de intervenţie pentru deservirea oportună a solicitărilor şi controlul asupra activităţii echipelor în misiune.

Secţia operativă include în componenţa sa serviciul de dispecerat central „903" cu dispeceratele din cadrul Substaţiilor şi punctelor de AMU (în continuare PAMU) subordonate, serviciul de consultaţii şi informaţii „Sfatul Medicului 963", serviciul de informaţii operative şi serviciul control de linie.

Secţia operativă îşi desfăşoară activitatea în regim non-stop, conform programului aprobat de către medicul şef (director) al Serviciului AMU (Staţiei) şi se subordonează conducerii Serviciului AMU (Staţiei).

Secţia operativă include în componenţa sa, conform normativelor aprobate de MS, unităţi de medici coordonatori de gardă, unităţi de medici de urgenţă în cadrul serviciului de consultaţii şi informaţii „Sfatul medicului 963", felceri (asistenţi medicali) în cadrul serviciului de informaţii operative, felceri şi medici de urgenţă în cadrul serviciului control de linie, felceri (asistenţi medicali)- dispeceri în cadrul dispeceratului central „903" pentru recepţionarea apelurilor.

Secţia operativă se subordonează şefului secţiei respective, care este responsabil pentru organizarea asistenţei medicale de urgenţă populaţiei din teritoriul de deservire, medicului-şef (director) al Serviciului AMU (Staţiei), medicilor-şefi (directori) adjuncţi ai Serviciului AMU (Staţiei) .

Secţiei operative îi este subordonat tot personalul de gardă al Serviciului AMU (Staţiei).

Secţia operativă îşi desfăşoară activitatea în conformitate cu prevederile legislaţiei în vigoare, actelor normative şi de directivă ale MS, CNAM, cerinţelor IMSP CNŞPMU, ordinelor, deciziilor medicului-şef (director) al Serviciului AMU (Staţiei).

Secţia operativă este dotată cu mijloace operative de legătură, aparataj radioemisie-recepţie, sistem computerizat de înregistrare a apelurilor, ecranizare, evidenţă statistică şi surse autonome de iluminare şi mijloace ecranizate de supraveghere a echipelor de AMU mobile de intervenţie.

Secţia operativă îşi desfăşoară activitatea în colaborare cu Departamentele de Medicină Urgentă (secţiile internare), instituţiile medico-sanitare publice teritoriale, centrele de medicină preventivă, subdiviziunile direcţiei pompieri şi salvatori, poliţie şi subdiviziunile Armatei Naţionale dislocate în teritoriul de deservire.

Personalul secţiei operative este asigurat cu vestimentaţie cu destinaţie specială iarnă-vară în culorile internaţionale ale Serviciului AMU – oranj şi albastru.

Secţia operativă dispune de spaţii (încăperi) destinate pentru amplasarea dispeceratului central „903", serviciului de consultaţii şi informaţii „Sfatul Medicului 963", serviciului de informaţii operative, serviciului control de linie şi şefului secţiei operative.

II. Atribuţii.

Secţia operativă a Serviciului AMU asigură:

Controlul asupra respectării deciziilor secţiei operative de către întreg personalul Serviciului AMU (Staţiei).

Recepţionarea apelurilor populaţiei cu solicitarea asistenţei medicale de urgentă la numărul unic naţional „903" al dispeceratului central, dotat cu sistem computerizat de ecranizare, evidenţă şi transmiterea solicitărilor subdiviziunilor subordonate Serviciului AMU (Staţiei), pentru deservirea operativă a urgenţelor medico-chirurgicale.

Trierea eficientă a solicitărilor conform gradului de urgenţă.

Menţinerea, după caz, a contactului cu solicitantul, prin chestionarea apelatorului cu utilizarea Indicaţiilor de Prim Ajutor tip HELP MI şi a metodologiei de:

- Observare – ABC.
- Evaluare Primară
- GCS (sc. Glasgow) – deschiderea ochilor – răspuns verbal – răspuns motor
- GRAMS

Aprecierea gradului de urgenţă a apelurilor şi prioritizarea cazurilor.

Desemnarea celor mai potrivite resurse disponibile pentru executarea misiunii de intervenţie cu alegerea modalităţii potrivite de legătură cu Departamentele Medicină Urgentă(secţiile internare) sau alte echipe mobile de intervenţie, unităţi de poliţie şi pompieri, pentru rezolvarea definitivă a cazului.

Mobilizarea celei mai apropiate (de locul solicitării) şi adecvate (conform competenţelor) echipe pentru rezolvarea definitivă a cazului.

Dirijarea cu toate echipele AMU mobile de intervenţie, personalul medico-sanitar şi mijloacele de transport sanitar subordonate Serviciului AMU (Staţiei).

Starea de alertă „în aşteptare" a resurselor, coordonarea tuturor participanţilor pentru buna desfăşurare a misiunii şi modalitatea practică de rezolvare a solicitărilor la asistenţă medicală de urgenţă.

Controlul activităţii echipelor AMU mobile de intervenţie în misiune.

Organizarea asistenţei medicale de urgenţă în zonele de calamităţi, dezastre, accidente, focare de afectare în masă a populaţiei până la etapa lichidării acestora.

Operativitatea intervenţiilor prin asigurarea timpului de alarmare sub 90 secunde (de la preluarea solicitării la start), timpul de ajungere la caz (de la preluarea solicitării la sosire la caz) sub 10 minute în centre municipale, oraşe şi sub 15 minute în restul solicitărilor din teritoriu. Timpul de la oprirea autosanitarei până la primul contact cu medicul de gardă din Departamentul Medicină Urgentă (secţia internare) sub 90 secunde şi sub 5 minute transmiterea bolnavului unităţii spitaliceşti.

Organizarea transportării medicale asistate a categoriilor reglementate în prezentul ordin.

Furnizarea informaţiei la solicitarea populaţiei, organelor de justiţie, poliţiei, persoanelor fizice, juridice, în strictă conformitate cu legislaţia despre accesul la informaţie în vigoare şi prevederile prezentului ordin.

Controlul asupra prezentării de către echipele AMU mobile de intervenţie a documentaţiei statistice de evidenţă a activităţii operative în termenele stabilite.

Prezentarea informaţiei operative conducătorilor Serviciului AMU (Staţiei), organelor ierarhic superioare, conform cerinţelor în vigoare la acest capitol.

III. Drepturi.

Secţia operativă a Serviciului AMU are dreptul să:

Refuze solicitările neargumentate.

Contribuie cu propuneri privitor la perfectarea asistenţei medicale de urgenţă.

Apeleze, în caz de necesitate, la ajutorul consultativ al medicului coordonator al serviciului operativ, conducerea Serviciului AMU (Staţiei).

Organizeze expertiza personalului medico-sanitar şi auxiliar la alcool şi în caz de necesitate să-l excludă din serviciul de gardă.

IV. Responsabilităţi.

Secţia operativă a Serviciului AMU este responsabilă pentru:

Deciziile luate în cadrul activităţii sale.

Controlul asupra calităţii şi operativităţii executării deciziilor de către personalul subordonat.

Corectitudinea şi operativitatea organizării asistenţei medicale urgente populaţiei din teritoriul de deservire.

Corectitudinea recepţionării solicitărilor şi trierea apelurilor conform gradului de prioritate a urgenţelor şi asigurarea deservirii operative.

Refuzul de acordare a asistenţei medicale urgente în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Realizarea promptă şi corectă a atribuţiilor şi responsabilităţilor angajaţilor subordonaţi.

Calitatea activităţii desfăşurate, respectarea normelor de protecţie şi securitate a muncii, precum şi a principilor de etică şi deontologie medicală.

Respectarea drepturilor pacientului conform legislaţiei în vigoare.

Respectarea standardelor de acordare a asistenţei medicale de urgenţă.

Informarea prin telefon (raţie) a Departamentului Medicină Urgentă (secţia internare) despre transportarea spre spital a bolnavului (lor) cu urgenţe medico-chirurgicale, timpul aproximativ de sosire şi furnizarea altei informaţii necesare pentru rezolvarea operativă a cazului.

Calitatea organizării asistenţei medicale în caz de accidente, calamităţi, focare de afectare a unui număr mare de populaţie.

Organizarea spitalizării bolnavului în caz de agravare accentuată a stării de sănătate, în timpul transportării, în cea mai apropiată instituţie sanitară spitalicească, indiferent de forma de proprietate, profil şi prezenţa locurilor libere.

Corectitudinea informaţiei furnizate populaţiei despre solicitările recent deservite de către serviciul AMU şi faptul spitalizării bolnavilor.

Promptitudinea şi veridicitatea informaţiei operative prezentate conducerii şi organelor ierarhic superioare.

Organizarea şi calitatea serviciilor acordate populaţiei de către serviciul „Sfatul medicului 963".

Completarea calitativă a documentaţiei de evidenţă statistică medicală.

Asigurarea conlucrării operative cu instituţiile medico-sanitare publice teritoriale, subdiviziunile primăriilor şi informarea lor operativă conform cerinţelor existente.

V. Dispoziţii finale.

Deciziile secţiei operative privitor la organizarea şi acordarea asistenţei medicale urgente populaţiei teritoriului deservit sunt obligatorii pentru îndeplinire de către tot personalul medico-sanitar şi auxiliar de gardă.

Solicitările transmise de către dispeceratul central „903" al secţiei operative, serviciului asistenţei medicale primare sunt obligatorii pentru deservirea operativă de către medicii de familie conform prevederilor ordinului în cauză.

Controlul asupra activităţii secţiei operative se realizează în ordinea stabilită de către MS, IMSP CNŞPMU, medicul-şef (directorul) al Serviciului AMU (Staţiei), medicii-şefi (directori) adjuncţi ai Serviciului AMU (Staţiei), şeful secţiei operative.

16.11. ORGANIZAREA ACTIVITĂŢII PUNCTULUI DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ URGENTĂ

I. Dispoziţii generale.

Regulamentul stabileşte modul de organizare, atribuţiile, drepturile şi responsabilităţile Punctului de Asistenţă Medicală Urgentă (în continuare PAMU).

PAMU constituie o subdiviziune structurală şi funcţională a Substaţiei din componenţa Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă (în continuare Serviciul AMU), care acordă asistenţă medicală urgentă la etapa de prespital populaţiei din zona de deservire.

PAMU se subordonează medicului-şef (director) al Serviciul AMU (Staţiei) şi şefului Substaţiei, şefului secţiei operative, iar în activitatea operativă – medicului coordonator de gardă al secţiei operative.

PAMU acordă asistenţă medicală de urgenţă populaţiei din teritoriul de deservire prin intermediul echipelor de AMU, solicitând în caz de necesitate echipe de AMU specializate subordonate Serviciulul AMU (Staţiei).

Aprecierea statutului de funcţiuni, unităţilor de transport sanitar, aparatajului şi echipamentului medical, medicamentelor, consumabilelor se efectuează de către conducerea Serviciul AMU(Staţiei) conform normativelor aprobate de MS.

PAMU îşi desfăşoară activitatea în baza strategiei MS în domeniul sănătăţii publice şi medicinei de urgenţă şi calamităţi, în activitatea sa se călăuzeşte de actele legislative şi normative în vigoare, hotărârile, ordinele şi deciziile MS, CNAM (ce ţin de serviciile medicale contractate din contul fondurilor asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală), cerinţele IMSP, CNŞPMU, deciziilor Consiliului Administrativ, ordinelor şi dispoziţiilor emise de către medicul-şef (director) al Serviciul AMU (Staţiei), precum şi de alte acte normative.

Întru realizarea atribuţiilor sale PAMU colaborează cu şeful Substaţiei, conducătorul Serviciului Asistenţă Medicală Primară din teritoriu, conducătorul Serviciului spitalicesc, subdiviziunile serviciului poliţie, serviciului pompieri, administraţia publică locală.

II. Organizarea.

Organizarea PAMU este conformată următoarelor principii şi componente structurale:

PAMU este o subdiviziune funcţional-componentă a Serviciul AMU (Staţiei) subordonată şefului Substaţiei, iar în activitatea operativă – medicului coordonator de gardă al secţiei operative a Serviciului AMU (Staţiei).

Programarea activităţii PAMU este dirijată de către şeful Substaţiei.

PAMU este condus de către şef – medic-specialist în domeniul medicinii de urgenţă sau felcer (asistent medical) cu grad de competenţă adecvat, care poartă responsabilitate personală pentru organizarea şi acordarea asistenţei medicale de urgenţă populaţiei din teritoriul de deservire a PAMU.

PAMU sunt amplasate în teritoriul satelor, comunelor, în scopul acoperirii geografice a teritoriului de deservire cu subdiviziuni ale Serviciului AMU în raza de până la 25 km (numărul şi amplasarea în teritoriu a PAMU se stabileşte în conformitate cu normativele aprobate de MS).

Hotarele zonei de deservire a PAMU sunt convenţionale, motiv pentru care, echipele de AMU pot fi trimise de către conducerea Serviciului AMU (Staţiei) Substaţiei şi secţiei operative în zonele de activitate ale altor Substaţii în caz de necesitate.

PAMU este amplasat în edificiul care corespunde exigenţelor sanitaro-igienice şi tehnice respective pentru desfăşurarea unei activităţi adecvate a Serviciului AMU, conform cerinţelor în vigoare.

Edificiul PAMU posedă:

- o încăpere pentru dispeceratul PAMU „903" asigurat cu legătură telefonică directă cu dispeceratul central al Staţiei, cu staţie staţionară de radio pentru legătura directă cu echipele de AMU şi legătură directă cu Substaţia, spitalele care recepţionează urgenţele medico-chirurgicale şi subdiviziunile Serviciului Asistenţă Medicală Primară amplasate în teritoriul de deservire;
- o încăpere pentru păstrarea şi completarea echipelor de AMU cu medicamente, aparataj şi echipament medical;
- o încăpere pentru personalul medico-sanitar;
- o încăpere pentru acordarea asistenţei medicale de urgenţă;
- unităţi de transport specializat (autosanitare) radioficat, dotat conform normativelor aprobate de MS;
- sursă de iluminare autonomă;
- teren de parcare a autosanitarelor.

În componenţa PAMU sunt organizate echipe generale de AMU, echipe de felceri, numărul cărora este stabilit, conform normativului de 0,8 echipe /tură la 10 mii locuitori.

Echipa de asistenţă medicală urgentă este o unitate funcţională a PAMU, care acordă asistenţă medicală urgentă solicitanţilor la locul solicitării şi în timpul transportării bolnavilor spre spital, iar în cazul adresărilor de sine stătător acordă asistenţă medicală urgentă în cadrul PAMU.

Echipa de asistenţă medicală urgentă este organizată în conformitate cu normativele de personal, transport sanitar pentru asigurarea activităţii PAMU în regim non-stop.

Asigurarea PAMU cu transport sanitar se efectuează reieşind din normativul 1 (una) autosanitară la 10 mii locuitori, dotată cu legătură radio, echipament conform normativelor stabilite de MS.

III. Atribuţii.

PAMU asigură:

Respectarea cerinţelor actelor legislative, normative şi de directivă în vigoare la capitolul sănătăţii publice şi asistenţei medicale urgente.

Respectarea volumului serviciilor medicale de urgență de calitate acordate în teritoriul subordonat în conformitate cu prevederile Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Reînnoirea permanentă a rezervei de medicamente, material de pansament, truse de prim ajutor pentru acordarea asistenței medicale de urgență calitative, inclusiv în situații excepționale.

Conlucrarea eficientă a Serviciului AMU cu serviciul Asistență Medicală Primară și cel spitalicesc, serviciul medicinei preventive, serviciul pompieri, poliție, serviciile comunale în acordarea operativă a asistenței medicale de urgență populației, inclusiv în situații excepționale în conformitate cu cerințele în vigoare la compartimentele respective.

Evaluarea și perfectarea continuă a nivelului de asistență medicală de urgență acordată populației.

Preluarea apelurilor recepționate de către dispeceratul central „903" al Serviciului AMU (Stației) cu deservirea operativă și calitativă a solicitărilor.

Înregistrarea obligatorie de către dispecerul PAMU a solicitărilor în dispeceratul central „903" al Serviciului AMU (Stației) în cazul adresării directe a solicitanților în cadrul PAMU.

Deservirea urgențelor medico-chirurgicale de către autosanitare cu includerea sirenei și girofarelor în scopul asigurării priorității transportului sanitar în traficul rutier și deservirii operative în conformitate cu regulamentele stabilite.

Acordarea asistenței medicale de urgență populației la etapa de prespital în conformitate cu standardele medico-economice aprobate.

Preluarea bolnavilor, accidentaților și acordarea asistenței medicale de urgență la locul solicitării, pregătirea pacienților pentru transportare medicală asistată și susținerea funcțiilor vitale în timpul transportării către instituția medicală care recepționează urgențele medico-chirurgicale.

Spitalizarea bolnavilor cu urgențe medico-chirurgicale, femeilor gravide, nou-născuților cu mamele lor, care necesită tratament în condiții de spital, spitalizarea programată a bolnavilor, care necesită transportare supravegheată asistată la solicitarea personalului medical.

Controlul asupra executării de către personalul medico-sanitar angajat a prevederilor planului operativ de măsuri în caz de depistare a bolnavului suspect de îmbolnăvire prin boli infecțioase, inclusiv infecții deosebit de periculoase, boli diareice acute și toxiinfecții alimentare.

Transportarea urgențelor medico-chirurgicale contagioase care necesită asistență medicală specializată asistată (instituția care recepționează urgențele medico-chirurgicale contagioase este obligată să efectueze prelucrarea sanitară a autosanitarei).

Participarea echipelor mobile de intervenție la lichidarea consecințelor medico-sanitare, cauzate de calamități în teritoriul deservit și în afara lui, conform deciziilor organelor ierarhic superioare.

Preluarea accidentaților în caz de incendii, înec, catastrofe, acte teroriste și transportarea în locuri care nu pun în pericol viața membrilor echipei de AMU.

Monitorizarea locurilor disponibile din unitatea spitalicească unde urmează a fi internați bolnavii din teritoriile de deservire și evaluarea nivelului spitalizării urgențelor medico-chirurgicale și gravidelor conform regulamentelor stabilite.

Spitalizarea bolnavilor, în cazul agravării stării de sănătate, în cele mai apropiate instituţii medico-sanitare, indiferent de forma de proprietate, profil şi prezenţa locurilor libere.

Colaborarea eficientă a PAMU cu subdiviziunile serviciului de asistenţă medicală primară şi serviciului spitalicesc din teritoriile de deservire în conformitate cu prevederile ordinului în cauză.

Instruirea medicilor, felcerilor(asistenţilor medicali) şi cadrelor auxiliare, în domeniul acordării asistenţei medicale urgente în conformitate cu exigenţele actuale.

Respectarea măsurilor de securitate şi protecţie a muncii, antiincendiare şi sanitaro-antiepidemice.

Participare la şedinţele operative ale Substaţiei.

IV. Drepturi.

PAMU are dreptul să:

Propună conducerii Substaţiei măsuri de perfectare a serviciului AMU în teritoriul de deservire.

V. Responsabilităţi.

PAMU este responsabil pentru:

Nivelul adecvat de realizare a cerinţelor în vigoare de acordare a asistenţei medicale de urgenţă populaţiei din teritoriul de deservire la etapa de prespital în regim non-stop, iar în cazul situaţiilor excepţionale şi în afara teritoriului de deservire.

Implementarea şi aplicarea metodelor avansate în domeniul organizării serviciilor medicale de urgenţă, de diagnostic şi tratament.

Asigurarea timpului de ajungere la caz (de la solicitare la sosire la caz) sub 10 minute în centre municipale, raionale, oraşe şi sub 15 minute în localităţile rurale.

Acordarea volumului necesar de asistenţă medicală urgentă de calitate populaţiei în conformitate cu prevederile Programului unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Transportarea bolnavilor şi accidentaţilor, gravidelor, nou-născuţilor şi mamele lor în spitale şi maternităţi.

Respectarea limitei de timp stabilite pentru transmiterea accidentaţilor, bolnavilor, gravidelor şi nou-născuţilor transportaţi de echipa AMU, personalului spitalicesc de gardă, timp de 90 de secunde (de la oprirea autosanitarei la primul contact cu personalul de gardă), transmiterea bolnavului de către echipa de AMU medicului de gardă se efectuează timp de 5 minute.

Prezentarea zilnică Substaţiei în subordinea căreia se află a informaţiei despre asistenţa medicală urgentă acordată populaţiei din teritoriul de deservire, pentru transmiterea acesteia Serviciului Medicină Primară, conform prevederilor prezentului ordin.

Participarea la lichidarea consecinţelor situaţiilor excepţionale, ce ţin de acordarea asistenţei medicale urgente populaţiei şi prezenţa în aceste scopuri a rezervei lunare de medicamente, material de pansament, echipament şi aparataj medical, brancarde, seturi de echipament şi truse.

Informarea promptă a conducerii Substaţiei privind cazurile excepţionale, numărul accidentaţilor şi bolnavilor în conformitate cu regulamentul în vigoare la acest capitol.

Veridicitatea informaţiei statistice întocmite.

Prezentarea informaţiei solicitate de către şeful Substaţiei conform cerinţelor şi termenelor de prezentare stabilite.

Analiza trimestrială, semestrială, anuală a activităţii PAMU cu identificarea rezervelor şi aprecierea măsurilor de redresare a situaţiei.

Examinarea obiectivă în termenele stabilite de legislaţia în vigoare a petiţiilor, solicitărilor parvenite de la populaţia din aria de deservire privind acordarea asistenţei medicale urgente.

VI. Dispoziţii finale.

PAMU nu eliberează certificate medicale, nu este în drept să primească decizii vizând incapacitatea temporară de muncă, nu efectuează expertiza stării de ebrietate sau a toxicomaniei, nu efectuează expertiza medico-legală şi nu eliberează nici un fel de certificat în scris, nu efectuează consultaţii şi tratament programat, nu asigură transportarea cadavrelor medico-legale.

Nivelul acordării asistenţei medicale urgente de către PAMU se apreciază în baza standardelor medico-economice aprobate în modul stabilit.

Controlul asupra activităţii PAMU se efectuează în modul stabilit de către MS, IMSP CNŞPMU, medicul-şef (director), medicii-şefi (directori) adjuncţi ai Serviciului AMU (Staţiei), şeful Substaţiei, felcerul principal al Staţiei.

16.12. CONLUCRAREA SERVICIULUI ASISTENŢĂ MEDICALĂ URGENTĂ CU SERVICIUL ASISTENŢEI MEDICALE PRIMARE ŞI SERVICIUL SPITALICESC

În scopul realizării cerinţelor actelor de directivă şi normative în vigoare la capitolul acordării asistenţei medicale urgente, colaborării intersectoriale eficiente, asigurării unui management integrat al serviciilor medicale de urgenţă acordate populaţiei la toate etapele şi influenţarea pozitivă asupra indicatorilor de bază a sănătăţii publice:

I. Serviciul AMU în conlucrarea sa cu Serviciul Asistenţă Medicală Primară (în continuare Serviciul AMP) asigură:

Evidenţa solicitărilor transmise Serviciului AMP în baza Registrului şi fişelor de solicitare AMU.

Transmiterea zilnică (în ore stabilite) de către dispeceratul Serviciului AMU persoanei responsabile din cadrul Centrului Medicilor de Familie a solicitărilor deservite de Serviciul AMU, pentru deservirea lor obligatorie în aceeaşi zi de către medicul de familie în cazul următoarelor solicitări:

a) bolnavi cu indicaţii pentru tratament în condiţii spitaliceşti, dar care au refuzat spitalizarea;

b) bolnavi cu maladii infecţioase nespitalizaţi;

c) copii până la 5 ani;

d) bolnavi cu hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, disritmii cardiace, accidente vasculare cerebrale;

e) femei gravide ;

f) copii maltrataţi;

g) bolnavi peste 60 de ani, bolnavi solitari fără posibilităţi de autoîngrijire.

MANAGEMENTUL ASISTENŢEI MEDICALE SPITALICEŞTI

17.1. ISTORIA DEZVOLTĂRII SPITALELOR

Spitalele posedă o istorie milenară. Definite ca instituţii de asistenţă caritabilă, ele au devenit instrumentele esenţiale ale unei politici de sănătate. Evoluţia tehnicilor de îngrijire medicală a condus la apariţia conceptului unei reţele de instituţii ierarhizate şi coordonate, care participă la protecţia şi promovarea sănătăţii.

Adăpostirea şi tratarea săracilor, bolnavilor şi a invalizilor a fost aplicată, pe de o parte, în ţările unde s-au afirmat marile religii (budismul, creştinismul, islamul); pe de altă parte, în perioadele prosperităţii economice şi ale dezvoltării dreptului. Astfel, instituţia spitalicească s-a răspândit şi în alte regiuni care erau supuse influenţei politice şi culturale a ţărilor sus-numite.

În lumea antică, în India şi în Insula Ceylon, începând cu secolul III î.Chr., apare iniţiativa creării unor mănăstiri budiste numite *sanctuare*, dedicate divinităţilor războinice, destinate călătorilor, bolnavilor săraci şi invalizilor, unde veneau mulţi oameni pentru a li se acorda ajutor medical şi cazare. Parturientele şi muribunzii nu erau primiţi. Tratamentul medicamentos se făcea pe baza plantelor medicinale, cultivate şi răspândite pe larg în rândurile poporului.

De la ideile revoluţionare, de la opera Directoratului, Consulatului şi a Imperiului, în Franţa apar două noţiuni esenţiale ca: planificarea sanitară şi administrarea spitalicească. Planificarea spitalicească prevedea: calcularea numărului de persoane nevoiaşe şi a numărului de paturi necesare, ceea ce permitea gestionarea mai eficientă a resurselor disponibile. Aceasta a şi permis apariţia ideii de distribuire a personalului şi a echipamentului medical populaţiei. Campaniile napoleoniene au difuzat această schemă de organizare a asistenţei spitaliceşti din Europa Occidentală în cea Continentală.

Cu un secol mai târziu, în Marea Britanie, planificarea sanitară este dezvoltată de medicii igienişti, inclusiv de sir Edwin şi Chadwick (1800-1890). Spitalele erau prevăzute pentru persoane contagioase, muncitori din regiunile de concentrare industrială, precum şi pentru copii convalescenţi, bolnavi de tuberculoză, bolnavi mintali. Spitalele îşi desfăşurau activitatea în mod benevol, dar, în 1948, sub influenţa proceselor reformative politico-economice, ele au fost naţionalizate.

În Rusia, sistemul spitalicesc activa încă din timpurile lui Petru cel Mare şi ale Ecaterinei II, reprezentând un model împrumutat de la sistemul spitalicesc din Olanda şi Germania. Revoluţia din 1917 antrenează o schimbare radicală a sistemului spitalicesc, acordându-se o prioritate absolută protecţiei copiilor. Spitalele, obţinând o importanţă materială considerabilă, numărul de paturi a crescut, timp de

50 de ani, de la 1 la 10 paturi la 1 000 de locuitori, fără a lua în calcul sanatoriile şi casele pentru bolnavii cronici şi convalescenţi.

În aceeaşi perioadă, în SUA, cele mai celebre şi cele mai bine echipate erau spitalele private. Spitalele publice acordau asistenţă medicală persoanelor care dispuneau de poliţa de asigurare, bolnavilor de tuberculoză, bolnavilor mintali, unor bolnavi cronici, nevoiaşi şi veteranilor, inclusiv celor care nu puteau achita serviciile medicale prestate de spitalele private. Fiecare instituţie spitalicească primea o donaţie (subvenţie) stabilită, conform unor norme de tarifare a patologiilor.

În epoca marilor cuceriri coloniale, în ţările în curs de dezvoltare, spitalele erau divizate conform statutului social:

- spitale coloniale pentru trupele europene;
- spitale de misiune;
- spitale religioase, în special orientate spre soluţionarea cazurilor sociale (leproşi, cronici);
- spitale ce acordau servicii medicale întreprinderilor miniere şi agriculturii industriale.

În ţările dreptului roman, instituţiile spitaliceşti aparţineau unor comisii administrative locale, dotate cu titlul de persoană fizică. Controlul era exercitat de către administraţia publică, la nivel departamental, regional şi central. Medicii din instituţiile sanitare erau aleşi prin concurs şi numiţi în funcţie de puterea publică. Directorul nu trebuia să fie neapărat medic. Spitalele erau finanţate de către stat şi securitatea socială sau casele şi particularii care nu erau acreditaţi de nici un sistem. Asistenţa spitalicească era pe larg descentralizată, în timp ce controlul era centralizat.

În ţările anglo-saxone influenţa centrală era mai puţin puternică ca în ţările conduse după principiile dreptului roman şi autoritatea guvernamentală de tutelă era adesea regionalizată. Anglia, în pofida instaurării Serviciului Naţional de Sănătate, era supusă unor legislaţii spitaliceşti. Această trăsătură este şi mai pronunţată în Canada şi Australia, unde administraţia era provincială. Elveţia nu poseda decât legi cantonale. În Germania Federală, landurile deţineau puterea de tutelă la diferite nivele.

Conducerea spitalului era, uneori, încredinţată unui medic (spre deosebire de ţările dreptului roman). În Germania Federală, dar şi în unele cantoane elveţiene, precum şi în Irlanda, conducerea era asigurată, în comun, de către un director administrativ şi un medic, fiecare din ei având responsabilităţi definite.

Finanţarea provenea, în mod exclusiv, de la stat. Unitatea de măsură era bugetul anual. Acest buget, acoperit de către organizaţiile plătitoare, era gestionat conform unui sistem real de preţuri zile/pat.

Spitalele anglo-saxone au fost primele care s-au orientat spre medicina curativă, însă, tradiţional, organizarea îngrijirilor medicale era desfăşurată prin legătura tripartită, adică între spital, medicină preventivă şi activitatea medicilor practicieni.

În secolele XVIII-XIX, sistemul spitalicesc din SUA merita o atenţie specială, fiindcă poseda o administraţie de tip britanic, dar procesul de lucru a evaluat printr-o direcţie radical opusă. Spitalele publice funcţionau pentru bătrâni, bolnavi de tuberculoză, mintali, cronici şi veterani; pentru persoanele aflate în unele regiuni mai puţin dezvoltate, ca indienii şi eschimoşii (conform „legilor Medicare şi Medicait" din 1966); şi pentru cei care nu puteau plăti serviciile medicale. O altă deosebire este că subvenţiile federale erau legiferate, conform „legii Hill-Burton" din 1948.

În țările scandinave, spitalele se aflau în mâinile colectivităților locale, intermediare, între municipii și regiuni. Unitatea bugetară era prețul unei zile/pat în Danemarca și în Norvegia, iar în Suedia și Finlanda – bugetul anual.

În Europa de Est, spitalele erau elementul esențial al sistemului de sănătate, reprezentat prin organizația Sanepid (sanitar și epidemiologic). Deci, existau două sisteme complementare:

1. sistemul îngrijirilor medicale, incluzând protecția personală, reeducarea și îngrijirea ambulatorie, asigurate de către medicii terapeuți (pentru adulți, pediatri etc.);
2. sistemul controlului și supravegherii epidemiologice a populației și a mediului sanitar, asigurate de stațiunile Sanepid.

În țările din Lumea a treia, spitalul musulman nu putea fi condus de o comisie, administrată cu puteri juridice, ci era în posesia statului, adică a lui Allah. De aceea, directorul nu era indispensabil de a fi un medic. Finanțarea provenea din subvențiile guvernamentale.

La etapa contemporană, spitalul este o instituție deservită, în mod permanent, de cel puțin un medic și care asigură bolnavilor, în afară de adăpostire, îngrijiri medicale complete, curative și preventive. Spitalul este, de asemenea, un centru de instruire a medicinei și a cercetărilor biosociale (după OMS).

Actualmente, spitalul joacă un rol remarcabil datorită la doi factori, dezvoltarea cărora este ireversibilă: pe de o parte, progresele științifice impun concentrarea personalului medical calificat și dotarea instituțiilor medicale cu echipamente performante, pe de altă parte, facilitatea comunicațiilor care permite evaluarea, în același ritm, cu fenomenul urbanizării. Sistemul spitalicesc este accesibil pentru toate clasele sociale și acoperă necesitățile întregului teritoriu.

Un alt aspect al organizării spitalicești este integrarea activității preventive și curative. Sistemul dualist a condus la înființarea instituțiilor de medicină socială, independente de spitale, limitate la funcția lor curativă. Activitățile prespitalicești se dezvoltă nemijlocit, integrând programele de medicină socială.

Sistemul spitalicesc ocupă un loc important în programele de dezvoltare. Tehnicile diagnostice și terapeutice se perfecționează continuu, ceea ce antrenează imense investiții în creștere, alocate atât în calificarea personalului medical, cât și în echipamentul modern. Cheltuielile spitalicești corespund, aproximativ cu jumătate din cheltuielile globale de sănătate și ele trebuie să crească odată cu integrarea progresivă a medicinei preventive. Dacă observăm, în țările bine echipate se reflectă o creștere a maladiilor acute (maladii contagioase, pediatrice și chirurgicale). Este sigur faptul că cererea efectivă a îngrijirilor este departe de necesitățile reale; piața nu poate decât să se amplifice. OMS propune drept obiectiv protecția globalunitară a populației și recomandă unificarea serviciilor de bază în sănătate. Aceasta din urmă nu poate să fie eficientă decât dacă spitalele se integrează într-un sistem, în interiorul căruia personalul sanitar și populația au toată libertatea de circulație și de utilizare. O deosebită importanță prezintă coordonarea programelor de sănătate, în același pas, cu procesul de industrializare și urbanizare.

Spitalul joacă un rol primordial în creșterea, protecția și promovarea sănătății *și va putea să demonstreze valoarea economică a îngrijirilor medicale.* În regimul de „*full-time*", sănătatea și educarea populației sunt condițiile indispensabile ale dezvoltării socio-umane.

Spitalul constituie un instrument esențial al instruirii practice în îngrijirea medicală și în tehnicile paramedicale. În Rusia, predarea medicinei și a tehnicilor paramedicale depinde de Ministerul Sănătății; în Franța există spitale universitare, parvenite din „legea Debre" din 31 decembrie 1970.

Spitalele clinice sunt utilizate pentru instruirea personalului medical și au tendința de a cuprinde o gamă imensă de servicii înalt specializate și să selecteze bolnavi cu afecțiuni rare și atipice. OMS insistă ca instruirea personalului medical să se orienteze spre cerințele de bază ale spitalelor generale, ale centrelor medicale și de sănătate. Această propunere este, în special, imperativă pentru țările în curs de dezvoltare, unde programele de sănătate nu au șanse de dezvoltare, decât dacă promotorii pot să demonstreze valoarea ei economică prin reducerea invalidităților. Una din funcțiile spitalelor este organizarea și coordonarea cercetărilor științifico-medicale. Însă experimentarea și cercetarea rămân a fi o problema etică delicată, deoarece se face pe ființe umane. SUA a înființat primele instituții speciale, precum National Institute of Health la Bethesda (Maryland), unde sunt spitalizați voluntari pentru experimente. În țările latine, codurile etice nu prevăd o astfel de soluție, ci propun experimentarea și cercetarea patologiilor de profil terapeutic să fie efectuate pe animale, atâta timp cât există o îndoială privind nocivitatea sau ambivalența unui produs sau a unei metode. S-a conștientizat faptul că experimentarea pe om poate fi efectuată numai dacă nu provoacă nici un pericol grav stării de sănătate.

De la sanctuare până la spitalele contemporane, au fost parcurse diverse etape. Însă spitalele trebuie să progreseze în tehnică, echipament modern, deci, tindem spre creșterea performanței cu asigurarea accesului la serviciile spitalicești.

17.2. DEFINIREA ȘI INCURSIUNILE CONCEPTULUI DE SPITAL. ASPECTE SPECIFICE REPUBLICII MOLDOVA

Spitalul este unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, publică sau privată, cu scop patrimonial sau nepatrimonial, ce asigură servicii medicale de specialitate, servind ca centru de instruire a personalului medical.

Spitalul trebuie să ofere populației îngrijiri adecvate (care nu pot fi oferite de asistența ambulatorie), permanente și de calitate, lipsite de risc, cu prioritate grupurilor vulnerabile, cu personal eficient care posedă cunoștințe la zi și care este motivat și are medicamentele indispensabile la îndemână. Reprezintă cea mai complexă organizație multiprofesională care oferă diferite servicii.

J.Cl. Martin, în 1992, a definit *spitalul* ca partea cea mai importantă, vizibilă și costisitoare a sistemelor de sănătate de pretutindeni.

După F. Siem Tjam, OMS Geneva, 1992, *spitalul* trebuie considerat, mai curând, baza decât vârful unui sistem de sănătate regional, fiind esențial pentru eficiența sistemului.

Incursiuni.

Asistența spitalicească rămâne a fi veriga principală în asigurarea serviciilor medicale de calitate pentru populația țării. Unitățile sanitare cu paturi (spitale, institute, centre medicale și centre de sănătate) asigură servicii medicale de specialitate: preventive, curative, de urgență, de recuperare și paliative, precum și pre-, intra- și postnatale. Spitalele sunt organizate în raport cu specificul patologiei în: spitale generale sau spitale de unică specialitate și au în structura lor secții distincte pentru

tratamentul şi îngrijirea bolnavilor cu afecţiuni acute şi afecţiuni cronice. Unităţile sanitare cu paturi participă într-un sistem integrat cu asistenţă medicală primară şi ambulatorie de specialitate, la asigurarea stării de sănătate în teritoriu.

Asistenţa medicală spitalicească acordă servicii specializate în cazul unor maladii grave, care necesită abordare complexă privind diagnosticul, tratamentul, utilizarea metodelor complicate de examinare, intervenţii chirurgicale, supraveghere medicală permanentă etc.

Tratamentul în condiţiile de spital, pentru toate profilurile, se consideră de scurtă durată, cu excepţia ftiziopneumologiei, psihiatriei, alcoolismului şi narcomaniei, considerate de lungă durată.

Asistenţa medicală spitalicească se realizează în cadrul spitalelor autorizate şi/sau acreditate potrivit legii în condiţiile în care tratamentul ambulatoriu sau la domiciliul bolnavilor nu este eficace sau dacă spitalizarea se impune stabilirii diagnosticului.

În spital se stabileşte diagnosticul, se efectuează tratamente, se aplică măsuri de prevenire a unor invalidităţi şi complicaţii legate de boală, recuperarea sănătăţii, îngrijirea gravidelor, acordarea asistenţei la naştere şi îngrijirea nou-născuţilor. În raport cu gradul de specializare, perfecţionarea personalului şi nivelul dotării tehnice, în spital se pot asigura: desfăşurarea pregătirii practice a elevilor din domeniul sanitar, a studenţilor, specializarea medicilor rezidenţi, perfecţionarea personalului din domeniul sanitar, precum şi activităţii de cercetare ştiinţifică în domeniul medical.

Asistenţa medicală spitalicească este furnizată şi în unităţile specializate: Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului, Institutul Oncologic, Spitalul de Neurologie şi Neurochirurgie, Recuperare Medicală şi Institutul de Pneumoftiziologie.

Durata medie de internare în spital este individuală şi depinde de starea sănătăţii pacientului. Decizia privind durata tratamentului în condiţii de spital, pentru fiecare caz tratat, o ia medicul curant şi/sau consiliul medical. Serviciile medicale spitaliceşti prestate sunt repartizate conform profilului de desfăşurare a activităţii:

- de profil terapeutic;
- de profil chirurgical;
- alte servicii.

Serviciile medicale spitaliceşti au ca scop rezolvarea cazurilor internate într-o anumită perioadă de spitalizare, optimă pentru afecţiunea tratată. Continuarea tratamentului spitalicesc se face cu măsuri de îngrijire sau de recuperare, acordate de medic, prin secţii cu spitalizare de zi şi/sau la domiciliu. Serviciile medicale spitaliceşti cuprind:

a) consultaţii;
b) investigaţii;
c) stabilirea diagnosticului;
d) tratament medical chirurgical şi/sau fizical recuperator;
e) îngrijire, medicamente şi materiale sanitare, cazare şi alimentaţie curativă.

Asistenţa medicală spitalicească se asigură pentru cazurile acute şi cronice. Criteriile care stau la baza internării în spital sunt următoarele:

a) ***pentru cazurile acute*:**

- urgenţe medico-chirurgicale sau orice alte situaţii în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau au acest potenţial;

- diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu, deoarece cazul necesită investigaţii ce nu pot fi efectuate în regim ambulatoriu sau pentru că pacientul este nedeplasabil;
- tratamentul nu poate fi aplicat în condiţiile asistenţei medicale ambulatorii, deoarece se face sub supraveghere medicală continuă, pacientul este nedeplasabil sau necesită izolare.

b) ***pentru cazurile cronice:***
- cazurile care necesită tratament medical şi/sau chirurgical sub supraveghere medicală;
- servicii medicale de îngrijiri paliative;
- transplant de organe şi ţesuturi în condiţiile stabilite prin norme.

c) ***alte situaţii bine justificate de către medicul care face internarea şi avizate de medicul-şef de secţie.***

Conform experienţei internaţionale spitalele sunt implicate în acordarea asistenţei medicale de urgenţă sub trei aspecte:

– Deservirea pacienţilor cu urgenţe medico-chirurgicale la nivel de Departamente Medicină Urgentă (secţii de internare) cu îndreptarea ulterioară la etapa de ambulatoriu.

– Acordarea asistenţei specializate (inclusiv de urgenţă) la nivel de secţii specializate fără spitalizarea pacientului.

– Deservirea pacienţilor cu urgenţe medico-chirurgicale ce necesită terapie intensivă, tratament chirurgical şi de reabilitare în serviciile specializate intraspitaliceşti.

Aspecte caracteristice Republicii Moldova.

Republica Moldova, la 1 ianuarie 2006, dispunea de 20 457 de paturi, repartizate în trei niveluri, conform diagramei prezentate mai jos:

Din totalul de 20 457 de paturi, 8 227 sunt amplasate în instituţiile medicale republicane, 3 510 – în instituţiile medico-sanitare publice municipale şi 8 740 – în spitalele raionale. Peste 50 la sută din numărul de paturi funcţionale sunt amplasate în municipiul Chişinău.

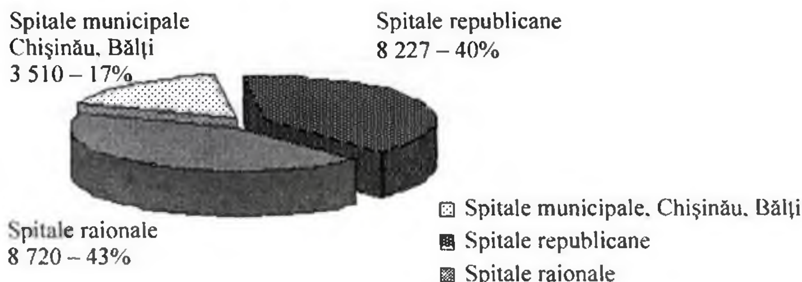


Figura 63. **Structura fondului de paturi pe nivele în Republica Moldova**

17.3. CLASIFICAREA SPITALELOR

Spitalele se clasifică după anumite criterii (*figura 64*):

➢ *În funcţie de teritoriu:*

a) **Spitale republicane** – spitalul care are în componenţă secţii clinice universitare şi asigură asistenţa medicală la nivel republican, desfăşoară activitate de

învățământ, cercetare științifică-medicală și de educație continuă, având relații contractuale cu o instituție de învățământ medical superior.

b) Spitale municipale și orășenești – secțiile de spital în care se desfășoară activități de învățământ medical, cercetare științifico-medicală și de educație continuă. Pentru activitatea medicală, diagnostică și terapeutică, personalul didactic este în subordinea administrației spitalului.

c) Spitale raionale – spital clinic care deține competențele și resursele umane și materiale suplimentare necesare, în vederea asigurării îngrijirilor medicale complete pentru cazurile medicale complexe, mai ales în cazul urgențelor și al pacienților aflați în stare critică, pentru cazurile ce nu pot fi soluționate la nivel local, din cauza lipsei de resurse materiale și/sau umane sau în cazuri complicate, în conformitate cu protocoalele în vigoare.

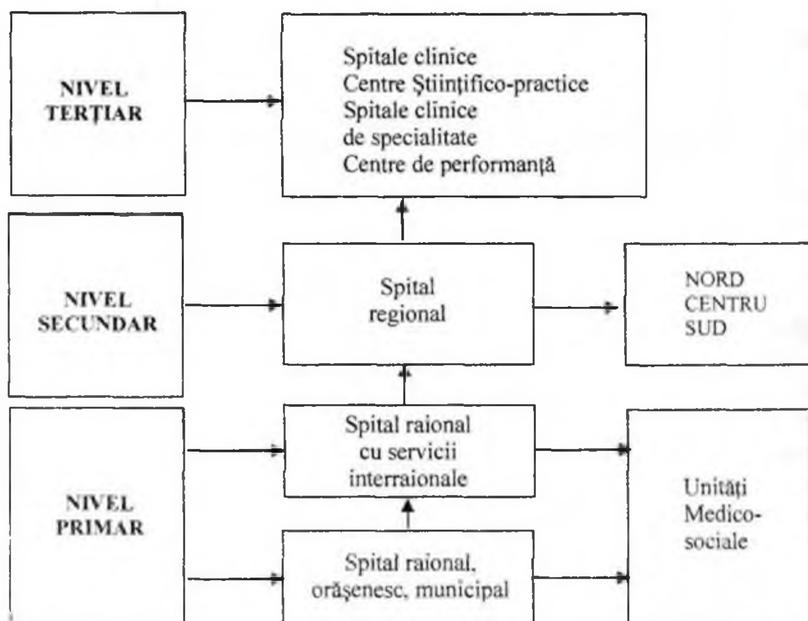


Figura 64. **Clasificarea spitalelor în Republica Moldova**

➢ *În funcție de specificul patologiei, spitalele se clasifică în:*
- spitale generale;
- spitale de urgență;
- spitale de specialitate;
- spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice.

➢ *În funcție de modul de înființare și organizare, precum și de regimul juridic al proprietății, spitalele se clasifică în:*
- spitale publice, care sunt spitalele organizate ca instituții publice;
- spitale private, care sunt spitalele organizate ca persoane juridice de drept privat;
- spitale mixte.

➢ *În funcție de modul de finanțare, spitalele se clasifică în:*

– spitale cu finanțare din fonduri publice;
– spitale cu finanțare din fonduri private;
– spitale cu finanțare mixtă.

➢ *Din punctul de vedere al învățământului și al cercetării științifice medicale, spitalele se clasifică în:*

– spitale clinice;
– spitale universitare.

➢ *Spitalele se mai clasifică și după anumite criterii specifice în funcție de conținut:*

– *spitalul general* este spitalul care are organizate în structură, de regulă, 3 din cele 4 specialități de bază, respectiv medicină internă, pediatrie, obstetrică-ginecologie și chirurgie;

– *spitalul de specialitate* este spitalul care asigură asistență medicală într-o specialitate în conexiune cu alte specialități complementare;

– *spitalul de urgență* este spitalul care dispune de o structură complexă de specialități, dotare cu aparatură medicală corespunzătoare, personal specializat, având amplasament și accesibilitate pentru teritorii extinse. În structura spitalului de urgență funcționează obligatoriu Departamentul Urgență care, în funcție de necesități, poate avea și un serviciu mobil de urgență – reanimare și transport medicalizat;

– *spitalul pentru bolnavi cu afecțiuni cronice* este spitalul în care durata de spitalizare este prelungită datorită specificului patologiei. Bolnavii cu afecțiuni cronice și probleme sociale vor fi preluați de către unitățile de asistență medico-socială, precum și de către așezămintele de asistență socială prevăzute de lege;

– *spitalul municipal și spitalul orășenesc* sunt spitale generale care au în componență cel puțin specialitățile de bază;

– *spitalul comunal* este unitatea sanitară cu paturi, care asigură asistență medicală de specialitate pentru populația din mai multe localități rurale apropiate, având în componență secții sau compartimente de medicină internă, pediatrie și obstetrică;

– *spitalul clinic* este spitalul care are în componență cel puțin două clinici universitare care asigură asistență medicală, desfășoară activitate de învățământ, cercetare științifico-medicală și de educație continuă. Institutele, centrele medicale și spitalele de specialitate care au în componență o clinică universitară sunt spitale clinice;

– *spitalul universitar* este spitalul organizat în centre universitare medicale, în structura căruia toate secțiile de specialitate sunt secții clinice incluse în structura clinicilor universitare;

– *sanatoriul* – unitatea sanitară cu paturi care asigură asistență medicală utilizând factori curativi naturali asociați cu celelalte procedee, tehnici și mijloace terapeutice;

– *preventoriul* este unitatea sanitară cu paturi care asigură prevenirea și combaterea tuberculozei la copii și tineri, precum și la bolnavii de tuberculoză stabilizați clinic și necontagioși.

➢ *Există mai multe categorii de spitale, în funcție de competența profesională:*

– *spitale de categoria I* – au competență profesională maximă: spitale clinice, spitale universitare, institute naționale;

– *spitale de categoria a II-a* – au competența profesională superioară: spitalele județene și de interes interjudețean;

– *spitale de categoria a III-a* – au competența profesională extinsă: spitale municipale și orășenești;

– *spitale de categoria a IV-a* – au competența profesională de bază: spitalele zonale locale.

Tipurile de spitalizare standardizate:

- **discontinuă:**
  – *spitalizarea de o zi* – se asigură asistența medicală curativă și de recuperare, efectuarea de examinări, investigații și acte terapeutice în 12 ore;
  – *spitalizarea săptămânală* – forma de internare cu timp redus, investigațiile, examinările și procedeele terapeutice efectuându-se în această perioadă de timp;
- **continuă**:
  – *totală* care asigură asistența medicală curativă și de recuperare pe timp neîntrerupt;
  – *parțială,* această formă se folosește când starea pacientului îi permite să doarmă la domiciliu.

În timpul spitalizării au loc următoarele activități:

– consultații inițiale și de control;
– investigații;
– stabilirea diagnosticului;
– tratament medical, chirurgical și/sau fizic recuperator;
– îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă.

Tipurile de spitalizare specifice Republicii Moldova:

– integrală,
– programată,
– parțială,
– de scurtă durată,
– de urgență,
– de lungă durată.

Internarea urgentă se efectuează:

– fără bilet de trimitere la prezentarea directă a pacientului;
– cu bilet de trimitere eliberat de medicul de familie;
– cu bilet de trimitere eliberat de medicul specialist de profil;
– la trimiterea serviciului prespitalicesc de AMU;
– prin intermediul serviciului republican AVIASAN;
– la solicitarea instituțiilor spitalicești raionale și municipale în cazul în care volumul și gradul de complexitate a AM depășește posibilitățile instituției respective.

Internarea programată se efectuează:

a) în baza biletului de trimitere de la medicul de familie;
b) în baza biletului de trimitere de la specialistul de profil, conform deciziei consiliului medical consultativ, coordonată cu spitalul respectiv.

Urgențele și internările făcute cu aprobarea șefului de secție pentru anumite situații fac excepție, bolnavii primind aprobare de internare fără bilet de trimitere.

Structura organizatorică a unui spital poate cuprinde, după caz: secții, laboratoare, servicii de diagnostic și tratament, compartimente, servicii sau birouri tehni-

ce, economice şi administrative, structuri de primiri urgenţe şi alte structuri aprobate prin ordinul Ministrului Sănătăţii.

Spitalele pot avea în componenţa lor structuri care acordă servicii ambulatorii de specialitate, servicii de spitalizare de zi, îngrijiri la domiciliu, servicii paraclinice ambulatorii. Furnizarea acestor servicii se negociază şi se contractează în mod distinct cu Compania de Asigurări de Sănătate sau cu terţi în cadrul asistenţei medicale spitaliceşti sau din fondurile alocate pentru serviciile respective.

Structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului şi a denumirilor pentru spitalele publice se aprobă prin ordinul Ministrului Sănătăţii, la propunerea conducerii spitalelor, prin autorităţile de sănătate publică. Spitalele private se înfiinţează sau se desfiinţează cu avizul Ministerului Sănătăţii, în condiţiile legii; secţii private se pot organiza în structura oricărui spital public.

17.4. MANAGEMENTUL SPITALICESC

Managementul spitalicesc are ca element central furnizarea de îngrijiri medicale de specialitate şi, ca urmare, pe lângă administratorii profesionişti nonmedicali este necesară o participare efectivă a echipei medicale la managementul spitalului.

Guvernarea spitalelor este definită ca un proces de dirijare a tuturor funcţiunilor şi a performanţei spitalului prin definirea misiunii, stabilirea obiectivelor împreună cu sprijinirea şi monitorizarea realizării acestora la nivel operaţional. Guvernarea unui spital este procesul de controlare a folosirii bunurilor şi resurselor pentru îndeplinirea misiunii sociale a spitalului.

Caracterul guvernării spitalelor este influenţat de:

1. ***Determinanţi socio-economici:***
- Sistemul de finanţare a spitalelor;
- Proprietarii spitalului (public, privat, non-profit etc.);
- Asigurările de sănătate;
- Autonomia spitalului;
- Pregătirea medicilor etc.

2. ***Structurile şi procesele de guvernare (practica guvernării)***:
- Procedura de nominalizare;
- Frecvenţa întâlnirilor;
- Implicarea conducătorilor;
- Cooperarea dintre medici şi spital etc.

Există patru definiri standarde de organizare a spitalului (**bugetară, autonomă, corporativă, privată),** care diferă între ele prin **cinci elemente critice:**

1. Dreptul de decizie – este trecut de la organele ierarhice la nivelul organizaţiei. Drepturile principale de decizie transferate pot include controlul asupra: intrărilor, muncii (forţa de muncă), scopului activităţilor, managementului financiar, administrării clinice şi neclinice, managementului strategic (formularea obiectivelor instituţionale), strategiei pieţei şi vânzărilor.

2. Destinaţia veniturilor realizate – managerilor şi echipei lor le sunt administrate stimulente puternice pentru a economisi, având dreptul de a reţine veniturile suplimentare (ce depăşesc cheltuielile de producţie). Deci, dacă aceştia fac eforturi pentru a aduce venituri suplimentare, trebuie să aibă şi dreptul de a le folosi cum

vor. Acest element, împreună cu dreptul „decizie", va avea un puternic impact asupra comportamentului organizației.

3. Finanțarea și expunerea la mecanismele pieței – expunerea la mecanismele pieței și obținerea de venituri în acest context și prin alocații bugetare directe constituie un puternic stimulent pentru creșterea performanțelor organizației. Oferirea unor îngrijiri de calitate pacienților constituie calea cea mai buna de a obține venituri.

4. Răspunderea (ierarhică sau prin contract) – având drepturi de decizie sporite, răspunderea ierarhică este diminuată. În noile condiții, răspunderea este transferată prin impunerea unor reglementări și obiective economice în contracte.

5. Asigurarea funcțiilor sociale ale spitalului care înainte erau implicite și nefinanțate, devin licite și finanțate direct. Atâta vreme cât organizația este încurajată să fie financiar viabilă, se va căuta să fie scăzute ieșirile (serviciile prestate) care nu își acoperă costul. Uneori este posibilă o susținere încrucișată prin mecanisme interne. Spitalul va căuta căi de susținere a prestării unor servicii populației cu venituri mici sau grupurilor de populație vulnerabile.

Managementul intern al spitalului dispune de următoarele mijloace:

1. Sisteme și mijloace de îmbunătățire globală a managementului operațional:
- rolul consiliilor de administrație;
- structura organizației;
- managementul sistemului informațional.

2. Sisteme și mijloace de optimizare a procedurilor administrative și financiare
- contabilitatea și sistemul intern de supraveghere;
- metodologia costurilor;
- bugetul;
- managementul sistemului financiar;
- achiziții și oferte;
- contracte și externări.

3. Sisteme și mijloace pentru îmbunătățirea utilizării resurselor interne ale spitalului:
- practica angajărilor
- dezvoltarea echipelor și programe de instruire
- păstrarea personalului, recompense, promovare
- sistem de informare medicală (bibliotecă, internet etc.)
- asigurarea tehnologiilor și medicamentelor esențiale
- comitet pentru medicație și terapie
- sistem de întreținere a aparaturii
- întreținerea clădirii
- managementul deșeurilor.

4. Sisteme și mijloace de îmbunătățire a proceselor de îngrijire clinică:
- protocoale de evaluare a utilizării adecvate a procedurilor
- comitet de evaluare a utilizării zilelor de spitalizare
- ghiduri și protocoale standarde pentru tratament
- sisteme de control și îmbunătățire a calității
- audit clinic
- utilizarea „managementului cazurilor"
- sisteme de Clinical pathway

- comitet de etică
- standarde de siguranţă a pacientului.

5. Sisteme şi mijloace de a îmbunătăţi managementul relaţiilor cu pacientul:

- intimitate şi confidenţialitate
- educarea pacientului
- evaluarea satisfacţiei pacienţilor
- proceduri de analiză a reclamaţiilor

Spitalul este condus de un manager, persoană fizică sau juridică. Managerul trebuie să fie absolvent al unei instituţii de învăţământ superior şi al unor cursuri de perfecţionare în management sau managementul sanitar.

Managerul spitalului are nevoie de competenţe multiple ce pot fi clasificate în trei grupuri majore:

1. Îndemânarea tehnică de a folosi cunoştinţele profesionale şi expertiza pentru a îndeplini o sarcină specifică.
2. Abilităţi interpersonale pentru a coopera şi a lucra efectiv în echipă.
3. Capacităţi conceptuale şi strategice pentru analiza critică a informaţiilor şi elaborarea planurilor pentru rezolvarea problemelor.

În funcţie de pregătirea specifică, managerii provin din trei categorii :

1. medici care ocupă o funcţie de lider în profesie, care, de obicei, nu au pregătire în management (cel mult formală, diplomă);
2. persoane cu pregătire economică sau în administraţie, având pregătire limitată în managementul serviciilor medicale;
3. persoane cu pregătire specifică în managementul serviciilor medicale.

Responsabilităţile managerului de spital acoperă următoarele zone de activitate:

1. planificare şi organizare – care poate fi evaluată prin eficacitatea procesului de planificare, satisfacerea percepţiei de nevoi la nivelul populaţiei acoperite;
2. îndeplinirea obiectivelor spitalului – evaluat prin rapoartele de realizare a instituţiei;
3. calitatea serviciilor medicale – poate fi măsurată prin rapoarte, informări, urmărire în timp a normelor şi standardelor, crearea de noi programe sau ameliorarea celor existente, utilizarea de echipe medicale multidisciplinare (medici, biologi, geneticieni, psihologi, sociologi) sau de grupuri medicale mixte formate după diferite criterii: nivel profesional, specialităţi medicale, nivel administrativ etc.;
4. alocarea resurselor – se evaluează prin performanţa bugetară, comparaţia cu alte instituţii, capacitatea de identificare a noi surse de dezvoltare, solvabilitatea;
5. soluţionarea crizelor – poate fi evaluată prin numărul de probleme, numărul de probleme rezolvate efectiv, numărul de probleme care au contribuit la ameliorarea serviciilor din organizaţie ca urmare a rezolvării conflictului;
6. adaptarea la reglementări – se consideră că poate fi evaluată prin numărul de norme şi reglementări la care managerul nu şi-a putut adapta optimal activitatea;
7. promovarea imaginii spitalului – se măsoară prin natura relaţiilor cu publicul, menţinerea unităţii în atenţia publicului, realizarea comunicării cu partenerii sociali.

În orice situaţie managerul are o competenţă generală exercitată în toate domeniile referitoare la amenajarea şi funcţionarea ansamblului clinicilor, gestionarea bugetului şi a patrimoniului unităţii. Are puteri de elaborare, organizare şi decizie

într-un domeniu în care responsabilitatea implică calităţi de animator şi un simţ social dezvoltat. Managerul, prin acţiunile sale, **conduce** o instituţie care funcţionează pe baza unor structuri şi strategii învechite, cu resurse de multe ori insuficiente, al cărei personal este nemulţumit de modul în care este recompensat şi plătit sau de condiţiile de lucru, acestea fiind doar câteva dintre problemele majore nerezolvate de actualele reglementări legislative.

În aceste condiţii, pentru a se încadra în normele stabilite la nivel naţional, un manager este constrâns să organizeze furnizarea serviciilor, reducând costurile pe secţii şi durata de spitalizare în detrimentul calităţii acestora.

Managerul are, de asemenea, funcţia de control în propria organizaţie, dar este obligat să accepte controlul activităţii, care face obiectul contractului din partea Companiei de Asigurări, Fondatorului şi Ministerului Sănătăţii.

Una dintre cele mai grele funcţii care îi revine managerului este cea de personal. Angajaţii spitalelor trebuie convinşi de necesitatea reducerii costurilor, controlului strict al numărului de internări şi al duratei de spitalizare, acestea pe fondul lipsei oricăror stimulente: aceleaşi condiţii de lucru, aceeaşi dotare tehnică, lipsa medicamentelor. Personalul trebuie să desfăşoare o muncă suplimentară pentru centralizarea şi raportarea datelor necesare realizării indicatorilor, de cele mai multe ori fără să înţeleagă necesitatea unei astfel de munci. Lucrul este dificil de îndeplinit şi din cauza absenţei facilităţilor informatice sau din cauza utilizării necorespunzătoare acolo unde ele există (personal neinstruit, softuri neadecvate ş.a.). Practic, managerul este obligat să ceară eficienţă mărită de la un personal care, plătit fiind prin salarii, nu este absolut deloc interesat de creşterea performanţei economice a spitalului. Toate acestea, alături de o deficienţă majoră de comunicare asupra scopului reglementărilor date şi al reformei, în general, conduc la o colaborare delicată şi dificilă între manager şi personal.

Managerul are următoarele atribuţii:

a. stabileşte şi aprobă numărul de personal, pe categorii şi locuri de muncă, în funcţie de normativul de personal în vigoare;

b. aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numeşte şi eliberează din funcţie personalul spitalului;

c. aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă şi categorii de personal;

d. propune structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului şi a denumirii unităţii, în vederea aprobării de către Ministerul Sănătăţii.

Directorul ca şef al organizaţiei, este responsabil, inclusiv de:

- asistenţa medicală;
- serviciile de ajutorare a pacienţilor;
- suportul tehnic;
- serviciile de suport general necesare să asigure calitatea îngrijirii pacienţilor;
- recrutarea de noi membri pentru personalul medical.

Managerul trebuie să asigure o balanţă între activităţile externe şi interne.

Activităţile interne includ sarcini cum ar fi:

- revizia şi stabilirea procedurilor de spital;
- supravegherea angajaţilor spitalului;
- operaţii ce includ activităţi fiscale;
- menţinerea relaţiilor interne.

Activitățile externe includ:
coordonarea relației cu:
- Ministerul Sănătății
- Fondatorul
- Administrația Publică Locală
- CNAM.

Spitalul este obligat:
a) să acorde servicii medicale respectând criteriile de calitate;
b) să nu refuze acordarea asistenței medicale de urgență ori de câte ori se solicită aceste servicii;
c) să informeze persoanele asigurate despre serviciile medicale oferite și despre modul în care sunt furnizate;
d) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la cei asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
e) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale;
f) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor celor asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;
g) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale:
- relatarea informațiilor despre spital comunității;
- construirea de relații cu persoanele de contact din guvern și propagandă;
- participarea în activitățile educaționale și de planificare.

Totuși, funcția managerului este în măsură mai mare sau mai mică, definită de deciziile consiliului de administrare, pe care trebuie să-l informeze despre bunul mers al spitalului.

Un domeniu despre care managerul trebuie să aibă cunoștințe reprezintă sistemul de informații. În general, prin sistem de informații se subînțelege sistemul destinat facilitării gestionării ansamblului de informații medicale și administrative, precum și asigurării calității îngrijirii. Cu alte cuvinte, ar fi acel sistem care încearcă să rezolve corect problemele, să genereze informațiile „la timp" (when), „la locul potrivit" (where) și „într-o formă" (how) utilă pentru manager.

Baza de date reprezintă o colecție structurală de informații. Principalele tipuri de aplicații în sisteme informaționale din domeniul medical sunt:
a) sistemele de înregistrare a pacienților și de internări la nivel de spital;
b) contabilitatea pacientului/plătitorului;
c) managementul financiar;
d) registrul pacienților și al managementului îngrijirilor;
e) sistemele de farmacie.

Asistentele în funcție de conducere – reprezintă o categorie importantă de personal, bine reprezentată în spitale. Scopul administrației asistentelor este de a trasa, conduce și facilita îngrijirea pacienților.

În alte țări asistente-manager sunt în prezent:
- directori de asistență medicală;
- directori ai serviciilor de îngrijire a pacientului;
- coordonatori clinici.

Asistentele-manager furnizează cunoştinţe şi experienţă care sprijină dezvoltarea profesională continuă a asistentelor din personal, servind ca:

- furnizori de îngrijire directă;
- elaboratori de noi metode de îngrijire;
- suport clinic şi mentori ai asistentelor din personal;
- organizatori nurselor în spitale.

Funcţiile de asistentă-şef includ:

- participarea la luarea deciziilor asupra politicilor şi planificării;
- demonstrarea calităţilor de lider în cadrul organizaţiei;
- demonstrarea calităţilor cerute de statut raportat la pacienţi şi resurse;
- implicarea în stabilirea unor noi practici organizaţionale;
- participarea la conducerea şi implementarea schimbărilor;
- dezvoltarea parametrilor business-ului în serviciile de îngrijire;
- definirea şi dezvoltarea unor roluri medicale mai ample pentru asistente;
- cercetarea şi implementarea inovaţiilor pentru a îmbunătăţi îngrijirea pacienţilor;
- evaluarea şi îmbunătăţirea proceselor din interiorul organizaţiei.

Managerii medicali care s-au ocupat de aplicarea proceselor de îmbunătăţire a calităţii au identificat *unele principii* ce stau la baza acestora:

1. Se recomandă ca toate cadrele medicale să colaboreze la proiectele de măsurare şi îmbunătăţire a calităţii.
2. Activităţile diverselor cadre medicale trebuie coordonate astfel încât să asigure completarea reciprocă a eforturilor.
3. Managerii trebuie să estimeze costurile şi beneficiile pentru a asigura suma dedicată activităţilor de îmbunătăţire a calităţii corespunzătoare ca valoare.
4. Capacitatea atingerii obiectivelor depinde de funcţionarea optimă a fiecărei etape din procesul de asistenţă şi monitorizarea eficientă a sistemelor de îngrijire se bazează pe feedbackul (răspunsul) primit de la toate subdiviziunile din spital.

17.5. FINANŢAREA SPITALELOR

Atât spitalele publice, cât şi cele private funcţionează pe principiul autonomiei financiare, fiecare spital elaborând şi executând bugete proprii de venituri şi cheltuieli. Finanţarea lor se face pe bază de contract, încheiat cu Compania de Asigurări de Sănătate, din veniturile realizate în raport cu serviciile prestate, precum şi din alte venituri obţinute de la persoane fizice şi juridice în condiţiile legii. Finanţarea spitalelor se poate face:

- integral de la Bugetul de Stat şi de la bugetele locale;
- integral din venituri extrabugetare prin sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- din venituri extrabugetare prin sistemul de asigurări şi alocaţii de la Bugetul de Stat.

Spitalele sunt instituţii publice finanţate din venituri proprii şi funcţionează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestaţii efectuate pe baza de contract, precum şi din alte surse.

De la Bugetul de Stat se asigură:

a) desfăşurarea activităţilor cuprinse în programele naţionale de sănătate;

b) dotarea cu echipamente medicale, în condiţiile legii;

c) investiţii legate de construirea de noi spitale, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuţie;

d) expertizarea, transformarea şi consolidarea construcţiilor grav afectate de seisme şi de alte cazuri de forţă majoră;

e) modernizarea, transformarea şi extinderea construcţiilor existente, precum şi efectuarea de reparaţii capitale;

f) activităţi specifice unităţilor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;

g) activităţi didactice şi de cercetare;

h) alte cheltuieli curente şi de capital.

Spitalele publice pot realiza venituri suplimentare din:

a) donaţii şi sponsorizări;

b) legale;

b) asocieri investiţionale în domenii medicale ori de cercetare medicală şi farmaceutică;

c) închirierea unor spaţii medicale, echipamente sau aparatură medicală către alţi furnizori de servicii medicale, în condiţiile legii;

d) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenţi economici;

e) editarea şi difuzarea unor publicaţii cu caracter medical;

f) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terţi;

g) servicii de asistenţă medicală la domiciliu, furnizate la cererea pacienţilor;

h) contracte de cercetare şi alte surse;

i) alte surse, conform legii.

Există câteva strategii de finanţare:

I. Prima se referă la un control foarte strict al costurilor, prin măsuri manageriale: diminuarea indicelui de ocupare a paturilor, tehnologii care să consume mai puţină energie electrică, programarea judicioasă a sălilor de operaţie etc. Accentul se deplasează de la costul cheltuielilor materiale ca atare la aspectele ce ţin de logistica şi distribuţia acestora.

II. A doua strategie se poate aplica în situaţia contractării de bugete prospective. Preţurile trebuie stabilite având în vedere echitatea, maximizarea profitului (pentru pacient), necesitatea achiziţionării de echipamente esenţiale.

III. A treia strategie financiară constă în crearea unui pachet de servicii care pot fi oferite la nivel local sau altora, cu posibilitatea transferării unor servicii cu costuri mari şi utilitate scăzută (serviciile de supraspecialitate).

IV. A patra cale de a dezvolta activităţi suplimentare aducătoare de venit sunt contractele cu universităţi sau alte unităţi cu scop de formare, implicare în microproiecte de cercetare etc.

Salarizarea personalului de conducere din spitalele publice, precum şi a celorlalte categorii de personal se stabileşte potrivit legii. Plata personalului din spital se face pe baza de salariu, conform unei grile specifice pentru personalul din sectorul bugetar – grilă care ţine cont de gradul profesional al personalului. De asemenea, pe baza criteriului performanţă se pot acorda bonificaţii salariale, existând o limită

superioară şi una inferioară a salariului tarifar pentru fiecare funcţie în parte.

Indicatorii care enumără acoperirea financiară a spitalului:

- ✓ totalul de cheltuieli faţă de bugetul aprobat;
- ✓ procentul de venituri proprii în bugetul aprobat;
- ✓ numărul de pacienţi neasiguraţi / numărul total de pacienţi;
- ✓ procentul bugetului utilizat pentru întreţinerea clădirii şi echipamentelor;
- ✓ procentul bugetului pentru investiţii.

Îmbunătăţirea sistemului de finanţare a spitalului prevede:

a. Creşterea veniturilor la nivelul spitalelor prin stimularea creşterii veniturilor proprii datorită eficientizării unor activităţi, în principal gospodăreşti.

b. Îmbunătăţirea mecanismelor de finanţare a spitalelor.

c. Gestionarea mai eficientă a resurselor la nivelul spitalului.

17.6. CALITATEA ASISTENŢEI MEDICALE SPITALICEŞTI

În domeniul sănătăţii prin calitate se înţelege efectuarea corespunzătoare a intervenţiilor cunoscute în ştiinţa medicală ca fiind lipsite de riscuri pe care societatea poate să le acopere din punctul de vedere al costurilor şi care au capacitatea de a produce un impact favorabil asupra morbidităţii invalidităţii şi mortalităţii populaţiei.

Calitatea este satisfacerea nevoilor şi aşteptărilor rezonabile ale pacientului privind: tehnologii medicale, calitatea comunicării, susţinerea psihologică şi condiţii hoteliere.

Pentru ca spitalul să funcţioneze pe principiile calităţii, serviciile trebuie să aibă următoarele caracteristici:

1. Să fie orientate către utilizator.
2. Să considere calitatea o prioritate absolută.
3. Să existe o implicare activă a conducerii.
4. Să aibă ca scop satisfacţia utilizatorului intern şi extern.
5. Să-şi bazeze activităţile pe date concrete.
6. Să aibă capacitate de intervenţie rapidă.
7. Să orienteze acţiunile către ceea ce este esenţial şi nu către ceea ce este nesemnificativ.
8. Să stabilească standarde de control.
9. Să considere şi să inducă fiecărui angajat sentimentul că el este şi propriul său supervizor.
10. Să respecte valoarea umană a angajaţilor săi.

Indicatorii de control privind calitatea procesului curativ se bazează pe:

- durata medie de spitalizare a pacientului;
- letalitatea;
- letalitatea în primele 24 de ore de la spitalizare;
- activitatea chirurgicală;
- structura operaţiilor efectuate;
- frecvenţa complicaţiilor în timpul operaţiilor;
- frecvenţa utilizării diferitor tipuri de anestezie;
- letalitatea postoperatorie;

- structura bolnavilor externați,
- divergența diagnosticului clinic și morfopatologic;
- infecțiile nozocomiale.

Elementele fundamentale, pe care se bazează deciziile unui bun management al spitalului sunt calitatea și costul serviciilor medicale. Între aceste două elemente există o strânsă interdependență și pe baza analizei cost/eficacitate și a analizei cost/beneficiu se poate lua decizia optimă din punctul de vedere al calității, ținând cont de constrângerile financiare. În momentul de față nu există un sistem unanim recunoscut de monitorizare și evaluare a calității actului medical, iar costurile nu sunt cunoscute decât global, pe zi de spitalizare sau pe pat, mai rar pe boală sau tip de intervenție chirurgicală.

Un program de asigurare a calității în spitale este definit de către Consiliul Canadian de Acreditare ca un proces care se desfășoară în cinci etape:

1. stabilirea scopurilor;
2. implementarea de proceduri necesare pentru realizarea scopurilor stabilite;
3. evaluarea regulată a performanțelor obținute în comparație cu scopurile stabilite;
4. găsirea de soluții care să micșoreze distanța dintre performanțele obținute și scopurile stabilite;
5. raportarea activității de evaluare; evaluarea calității se face continuu în toate departamentele spitalului și în același timp are loc comunicarea și analiza problemelor descoperite.

Planul de asigurare a calității stabilește responsabilitățile individuale și de grup pentru personalul spitalului. Prin succesiunea celor cinci etape și stabilirea responsabilităților se asigură o bună calitate în fiecare fază a procesului de îngrijire - de producție – astfel încât calitatea este inclusă în produs. Aceasta duce concomitent și la reducerea costului.

Același Consiliu Canadian de Acreditare a Spitalelor consideră că în realizarea unui program de asigurare a calității sunt implicate cinci grupuri de persoane din cadrul instituției:

- conducerea spitalului, care inițiază și susține dezvoltarea programului, determină structura organizatorică și primește raportările;
- administrația, care este responsabilă de managementul programului;
- un comitet (un grup sau un individ) prin care este realizată dezvoltarea și coordonarea programului;
- personalul medical, ale cărui activități de asigurare a calității anterioare programului trebuie încurajate și integrate în program;
- alte departamente și servicii, care trebuie să dezvolte mecanisme adecvate de evaluare a gradului de atingere a scopurilor stabilite prin program.

Asigurarea calității presupune o serie de programe specifice și de activități care urmăresc atingerea unui nivel ridicat al calității serviciilor medicale. Activitățile din cadrul procesului de asigurare a calității pot fi împărțite în patru etape, care pot constitui tot atâtea mijloace sau metode pentru asigurarea calității:

I. Stabilirea obiectivelor este prima etapă în asigurarea calității. Ea presupune fixarea țintelor care trebuie atinse făcând parte din procesul de planificare strategică a calității, așa cum s-a arătat anterior. Prin stabilirea obiectivelor se definește clar

declarația de misiune a spitalului, adică scopul, rolul și funcția spitalului, precum și standardele de practică și criteriile măsurabile. Dacă scopul și obiectivele arată direcția spre care se îndreaptă spitalul, standardele sunt elementele care definesc modul, căile, mijloacele și instrumentele folosite.

II. Promovarea calității este o altă metodă de asigurare a calității. Calitatea muncii unei persoane este legată de standardele de performanță și abilitatea persoanei de a le atinge, dar și de sistemul de recompensă. Dacă sistemul de recompensă lipsește, calitatea realizărilor este în pericol. Calitatea muncii nu poate să fie promovată fără investiții în domeniul resurselor umane. Standardele de performanță trebuie deprinse foarte bine pentru a putea fi menținute la un nivel ridicat. Astfel de investiții la nivelul personalului în vederea promovării calității sunt: cursurile de educație medicală continuă, conferințe, simpozioane, trainingul (instruirea) personalului, dezvoltarea fișei postului, evaluarea performanței angajaților.

III. Monitorizarea activității este a treia metodă de asigurare a calității. Performanța, ca reprezentare a calității, este monitorizată de conducerea spitalului prin două căi:

a) controlul calității;
b) supravegherea calității.

Controlul calității este un sistem care cuprinde întreaga activitate a spitalului, de la cea clinică, laboratoare și radiologie până la serviciile auxiliare. De o mare importanță este monitorizarea incidentelor, cu scopul de a găsi abaterile de la procedurile standard. Monitorizarea se face de către un personal specializat, prin analiza înregistrărilor și fișelor din spital pentru a descoperi eventuale încălcări ale protocoalelor care s-ar putea solda cu incidente. Multe incidente țin de activitatea clinică: reacții la transfuzii de sânge; interacțiuni medicamentoase; reacții adverse ale medicamentelor etc.

Concomitent, trebuie analizat nursingul, practica asistentelor medicale. Analiza nursingului evidențiază respectarea sau nerespectarea standardelor și criteriilor prestabilite în acest domeniu; în caz de abateri se impune luarea măsurilor corective.

Supravegherea calității se face prin inspecția și investigarea activităților din spital. Ele sunt realizate de o autoritate din spital, și au drept scop monitorizarea performanțelor. Această autoritate din spital denumită generic supraveghetor, trebuie să se afle pe un nivel ierarhic superior celor pe care-i inspectează și să fie un bun profesionist, tehnician în domeniu, cunoscând perfect cerințele pentru o muncă de calitate. Pe lângă controlul calității, supravegherea are drept scop motivarea personalului și pregătirea lui pentru activități de performanță.

IV. Evaluarea performanțelor este a patra metodă de asigurare a calității. Performanța poate fi evaluată în trei moduri: analiza calității, aprecierea (estimarea) calității și aprobarea calității. Analiza calității și aprecierea (estimarea) calității sunt forme de autoevaluare prin care responsabilii pentru îngrijiri își apreciază singuri calitatea serviciilor pe care le furnizează. Aprobarea calității este un termen folosit pentru a desemna acele mijloace prin care persoane din afara departamentului apreciază sau judecă calitatea serviciilor sau programelor departamentului.

Mediul spitalicesc trebuie să ofere confort, siguranță și ambianță plăcută. Siguranța este elementul-cheie; mediul trebuie să fie lipsit de riscuri care pot cauza

infecţii, complicaţii sau traumatisme. Confortul se referă la controlul temperaturii, umidităţii şi calităţii aerului. Ambianţa plăcută înseamnă nu numai curăţenie, ci şi imaginea odihnitoare şi atractivă a decorului şi mobilierului.

La obţinerea unui mediu adecvat calităţii concură toate serviciile auxiliare ale unui spital: întreţinere, administraţie, aprovizionare, curăţenie, reinvestiţii.

Satisfacţia pacientului se consideră a fi un criteriu distinct în aprecierea rezultatului şi implicit a calităţii, pentru că într-o activitate umană percepţia pacientului faţă de produs sau serviciu este importantă, deşi nu totdeauna legată de standardele practicate de clinicieni.

Rapoartele de apreciere a calităţii sunt o sursă internă de date privind calitatea. Prin aceste rapoarte personalul medical are posibilitatea de a-şi demonstra atât competenţele profesionale, cât şi calitatea serviciilor medicale prestate. Analiza rapoartelor va ţine seama de trei factori principali: scopul unitar al programului, obiectivele urmărite de raport şi oportunitatea actului medical.

O sursă de date extrem de importantă pentru analiza calităţii actului medical este evaluarea externă. Deşi evaluarea externă este, de fapt, o analiză a datelor obţinute din interiorul spitalului, ea este demnă de cea mai mare încredere, neputând fi pusă la îndoială. Analizele efectuate de evaluatorii externi sunt binevenite pentru că au obiectivitate, se impun publicului larg şi aplică aceleaşi standarde bine testate. Pentru asigurarea calităţii serviciilor, conducerea spitalului trebuie să urmărească date venite din mai multe surse de informare. Aceste date pot demonstra că există următoarele situaţii:

- personalul spitalului sau secţiei lucrează la standarde comparabile în toate serviciile pe care le prestează;
- problemele clinice sau administrative sunt sesizate de programul de asigurare a calităţii;
- problemele apărute sunt corect prezentate;
- apariţia unor elemente nepredictibile.

Indicatori de calitate:

a. letalitatea spitalicească – total pe spital şi pe fiecare secţie (ajustate la grupurile de vârstă: copii 0-18 ani şi maturi 18 ani);
b. proporţia pacienţilor decedaţi în 24 de ore de la internare – total pe spital şi pe fiecare secţie;
c. proporţia pacienţilor decedaţi în 48 de ore de la intervenţia chirurgicală – pe fiecare secţie chirurgicală;
d. rata pacienţilor reinternaţi pentru acelaşi grup de vârstă (ICD-10) în intervalul de 24 de ore de la externare;
e. rata pacienţilor reinternaţi pentru acelaşi grup de vârstă (ICD-10) în intervalul de 7 zile de la examinare;
f. procentul pacienţilor internaţi şi transferul către alte secţii din cadrul spitalului,
g. rata pacienţilor trataţi conform protocoalelor clinice.

Pentru ca într-un spital să poată fi implementat un proces de asigurare şi îmbunătăţire a calităţii, conducerea trebuie să promoveze ideea de lucru în echipă. Este necesară transformarea echipei de lucru tradiţională, cu structură ierarhică şi axată pe o specialitate într-o echipă multifuncţională şi multidisciplinară. Factorii care favorizează munca în echipă sunt: definirea clară a atribuţiilor, controlul timpului,

respectarea opiniilor, ambianța plăcută, buna pregătire a membrilor echipei, întocmirea de rapoarte scrise pentru luarea deciziilor, evaluarea performanței în mod regulat. Dacă acești factori sunt respectați și stilul de muncă în echipă este acceptat și promovat de conducere, programul de asigurare al calității are toate șansele de reușită.

17.7. INDICII DE ANALIZĂ A ACTIVITĂȚII STAȚIONARULUI

Raportarea indicatorilor de activitate a spitalului se efectuează periodic conform planului stabilit:

- anual;
- trimestrial;
- semestrial.

Indicii de activitate a staționarului

- *Durata medie de utilizare a patului în an*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate de bolnavi în an}}{\text{Număr paturi mediu-anuale}}$$

- *Rotație pat*

$$\frac{\text{Număr bolnavi internați}}{\text{Număr paturi mediu-anuale}}$$

- *Durata medie de spitalizare a bolnavului la pat*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate}}{\text{Număr bolnavi externați și decedați}}$$

- *Letalitatea spitalicească*

$$\frac{\text{Număr bolnavi decedați în staționar} \times 100}{\text{Număr bolnavi externați și decedați}}$$

- *Durata medie de inactivitate a patului*

$$\frac{365 - \text{număr mediu de zile-pat exploatat în an}}{\text{Rotație pat}}$$

- *Ponderea locuitorilor rurali din numărul total de bolnavi internați*

$$\frac{\text{Număr locuitori rurali internați} \times 100}{\text{Număr total internați}}$$

- *Durata medie de tratare a bolnavilor externați*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate}}{\text{Număr de bolnavi externați}}$$

- *Durata medie de tratare a bolnavilor externați după unele maladii*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate cu maladia dată}}{\text{Număr bolnavi externați cu maladia dată}}$$

- *Letalitatea spitalicească după unele maladii*

$$\frac{\text{Număr decedați cu maladia dată} \times 100}{\text{Număr externați + decedați cu maladia dată}}$$

Indicii activității chirurgicale

- *Indicele activității chirurgicale*

$$\frac{\text{Număr bolnavi operați} \times 100}{\text{Număr externați + decedați}}$$

- *Structura intervențiilor chirurgicale*

$$\frac{\text{Număr intervenții efectuate pe motivul dat} \times 100}{\text{Număr total de intervenții chirurgicale efectuate}}$$

- *Frecvența complicațiilor postoperatorii*

$$\frac{\text{Număr intervenții chirurgicale, în care s-au constatat complicații} \times 100}{\text{Număr total intervenții chirurgicale efectuate}}$$

- *Letalitatea postoperatorie totală*

$$\frac{\text{Număr bolnavi decedați după intervențiile chirurgicale} \times 100}{\text{Număr total bolnavi supuși intervențiilor chirurgicale}}$$

- *Letalitatea postoperatorie pe motivul dat*

$$\frac{\text{Număr bolnavi decedați din numărul celor operați pe motivul dat} \times 100}{\text{Număr bolnavi operați pe motivul dat}}$$

- *Structura letalității postoperatorii*

$$\frac{\text{Număr decedați operați pe motivul dat} \times 100}{\text{Număr total decedați pe toate intervențiile}}$$

- *Indicele asistenței chirurgicale de urgență, transportarea întârziată a bolnavilor*

$$\frac{\text{Număr bolnavi, transportați mai târziu de 24 de ore de la debutul maladiei} \times 100}{\text{Număr total bolnavi transportați pentru acordarea asistenței chirurgicale de urgență}}$$

- *Durata tratamentului bolnavilor operați în spital*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate a bolnavilor operați până la operație}}{\text{Număr bolnavi operați}}$$

- *Durata tratamentului bolnavilor după intervenția chirurgicală*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate a bolnavilor operați după intervenția chirurgicală}}{\text{Număr bolnavi operați}}$$

- *Durata tratamentului bolnavilor operați în staționar – total*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate a bolnavilor operați până și după intervenție}}{\text{Număr bolnavi operați}}$$

17.8. ACREDITAREA SPITALELOR

Autorizaţia sanitară de funcţionare se emite în condiţiile stabilite prin normele aprobate conform ordinului Ministrului Sănătăţii şi permite spitalului să funcţioneze. După obţinerea autorizaţiei sanitare de funcţionare, spitalul intră, la cerere, în procedura de acreditare. Procedura de acreditare nu se poate extinde pe o perioadă mai mare de cinci ani. Înainte de expirarea termenului, spitalul solicită evaluarea în vederea reacreditării. Neobţinerea acreditării în termen de cinci ani, de la emiterea autorizaţiei de funcţionare, conduce la desfiinţarea spitalului în cauză.

Acreditarea garantează funcţionarea spitalelor la standardele stabilite potrivit prezentului titlu, privind acordarea serviciilor medicale şi conexe actului medical, certificând calitatea serviciilor de sănătate în conformitate cu clasificarea spitalelor pe categorii de acreditare. Acreditarea se acordă de către Consiliul Naţional de Acreditare în Sănătate, instituţie cu personalitate juridică.

Acreditarea spitalelor este un sistem complex de apreciere a activităţii spitaliceşti, având drept scop declarat calitatea îngrijirilor. Finalitatea procesului de acreditare constă în creşterea calităţii serviciilor medicale şi a satisfacţiei pacientului. Acreditarea spitalelor este, în acelaşi timp, un mecanism extern de evaluare a calităţii serviciilor acordate. Cel mai important scop al acreditării este să ofere protecţie pacienţilor, respectiv populaţiei, dar şi unor organisme legale interesate în decizia lor de statutul de acreditat sau neacreditat al spitalului.

Obiectivele de acreditare sunt următoarele:

- ➢ creşterea calităţii serviciilor de sănătate
- ➢ oferirea de consultanţă şi informaţii pentru profesioniştii din sănătate
- ➢ atingerea de către toate spitalele a nivelului de performanţă minim acceptat
- ➢ promovarea transmiterii cunoştinţelor şi schimbului de experienţă cu spitalele de excelenţă
- ➢ acordarea de consultanţă în elaborarea politicii sanitare
- ➢ identificarea spitalelor care se află sub nivelul minim acceptat şi sprijinirea lor pentru atingerea standardelor
- ➢ reducerea costurilor şi creşterea eficienţei
- ➢ întărirea credibilităţii medicilor şi a întregului personal sanitar
- ➢ creşterea încrederii populaţiei în reformarea sistemului sanitar

În toate ţările care au promovat acreditarea spitalelor s-a constatat creşterea calităţii actului medical, îmbunătăţirea înregistrărilor medicale, creşterea eficienţei şi restructurarea spitalului ca instituţie pentru a se adapta noilor cerinţe. Alte beneficii obţinute în urma acreditării sunt:

- – instruirea şi formarea personalului, precum şi un nou mod de recrutare a personalului medical;
- – favorizarea investiţiilor în echipamente medicale;
- – atragerea de noi resurse financiare;
- – posibilitatea ierarhizării spitalelor pe criterii de calitate;
- – elaborarea unor programe de educaţie continuă a personalului, în scopul creşterii competenţei profesionale;
- – recunoaşterea competenţei spitalului de către populaţie sau terţe instituţii cu care intră în relaţii;

- creşterea gradului de siguranţă a pacientului;
- disponibilitatea pacienţilor de a plăti suplimentar în afara contribuţiei de asigurare, pentru calitatea serviciilor oferite.

Odată înfiinţat sistemul de acreditare, a doua etapă a implementării este elaborarea standardelor prin consultări cu profesioniştii şi revizuirea continuă. Procesul este deosebit de complex şi necesită timp îndelungat şi o largă acceptare din partea lucrătorilor din sistemul sanitar. Standardele sunt etaloane ale practicii medicale şi definesc structura şi procesul în scopul creşterii calităţii îngrijirilor, adică de a obţine rezultatele cele mai bune cu resursele curente.

Standardele sunt de două categorii: funcţionale, care privesc spitalul ca un întreg, şi departamentale sau specifice, care se adresează secţiilor sau serviciilor. Standardele funcţionale sunt sistematice şi încurajează spitalul spre o abordare multidisciplinară a furnizării serviciilor de sănătate prin colaborarea tuturor profesioniştilor săi. Standardele sunt organizate pe categorii şi cuprind toate domeniile din activitatea unui spital:

- ✓ standarde privind drepturile pacienţilor;
- ✓ standarde privind mediul spitalicesc;
- ✓ standarde privind serviciile de îngrijiri;
- ✓ standarde privind managementul informaţiei;
- ✓ standarde privind serviciul de urgenţă;
- ✓ standarde privind controlul infecţiilor.

Procesul de evaluare în vederea acreditării nu trebuie privit ca o simplă inspecţie, deoarece scopul vizitei este şi de a sprijini spitalul să-şi îmbunătăţească standardele deficiente. Evaluarea calităţii serviciilor medicale pe baza standardelor şi indicatorilor de performanţă este etapa centrală a procesului de acreditare.

Spitalul are dreptul de a contesta echipa de evaluatori, precum şi rezultatul evaluării. De asemenea, spitalul poate solicita o altă vizită de evaluare. Tot la latitudinea spitalului este şi decizia de a aduce sau nu la cunoştinţa publicului rezultatul vizitei de evaluare. Finanţatorul spitalului ar trebui informat asupra rezultatelor vizitei.

Un spital nu poate fi supus acreditării dacă nu îndeplineşte standardele minime de funcţionare care sunt normele specifice pentru structură. Aceste norme sunt reglementate legal şi se referă la: condiţiile sanogene; protecţia sanitară a factorilor naturali din mediul de viaţă şi de muncă al populaţiei; prevenirea efectelor negative asupra sănătăţii şi capacităţii de muncă. Un spital acreditat beneficiază de recunoaştere publică din partea pacienţilor care sunt dispuşi să plătească în plus pentru calitatea îngrijirilor şi de rambursare privilegiată din partea finanţatorului.

17.9. FARMACIA SPITALULUI

Farmacia de spital se organizează în unităţile sanitare cu paturi, unde funcţionează ca secţie sau compartiment al acestora. Farmacia spitalului are următoarele atribuţii:

- ➢ asigurarea gestionării, aprovizionării, preparării, controlului, conservării şi eliberării medicamentelor şi altor produse de sănătate pentru pacienţii internaţi;

- conducerea sau participarea la orice acţiune de informare asupra acestor produse, de promovare şi evaluare a utilizării lor raţionale, precum şi la activitatea de farmacovigilenţă;
- conducerea sau participarea la orice acţiune care concură la asigurarea calităţii şi siguranţei tratamentelor şi asistenţei sanitare în domeniile care aparţin competenţei farmaceutice.

Farmacia de spital se autorizează pe baza documentaţiei prevăzute în norme, cu respectarea aceleiaşi proceduri ca şi la autorizarea farmaciilor comunitare. Farmacistul-şef trebuie să îndeplinească condiţiile privind organizarea şi funcţionarea farmaciei de spital, stabilite prin norme. Farmacistul-şef are următoarele atribuţii:

- este membru în diferitele comisii sau grupuri de lucru ale spitalului care au implicaţii asupra activităţii farmaceutice a spitalului;
- este responsabil de întreaga activitate a farmaciei de spital;
- ia măsurile necesare pentru distribuirea corespunzătoare a medicamentelor şi altor produse din farmacie; dirijează şi supraveghează activitatea personalului farmaciei şi a studenţilor care fac practica în farmacie;
- participă la informarea corpului medical privind problemele care le intră în competenţă.

Conducerea unităţii sanitare împreuna cu farmacistul-şef stabilesc organigrama şi programul de funcţionare ale farmaciei, iar după caz, un serviciu de urgenţă care să asigure asistenţa cu medicamente pe timpul cît farmacia este închisă. Funcţiile farmaciei de spital sunt:

– la nivel de unitate – de a ţine evidenţa medicamentelor, iar în această privinţă poate să dezvolte modelele speciale pentru evidenţa stocurilor în funcţie de caracteristicile produsului, relaţia cu plătitorul (substanţe contractate la nivel de spital pentru îngrijirile generale, substanţe contractate pe programe cu destinaţie precisă, de ex.: citostaticele etc.);

– cealaltă componentă se referă la relaţia cu pacientul, trebuind să supravegheze ce şi când urmează să primească fiecare pacient (aceasta presupune că poate atrage atenţia asupra incompatibilităţii a două sau mai multe medicamente sau asupra unui pacient).

Farmacia funcţionează în spaţii adecvate, amplasate în totalitate la acelaşi nivel, cu legături funcţionale directe între ele, se evită vecinătatea secţiilor, a căror activitate poate afecta calitatea medicamentelor, şi se asigură calea de acces directă pentru aprovizionare.

17.10. INGINERIE BIOMEDICALĂ. GOSPODĂRIE

Spitalele deţin o mare cantitate de echipamente, de complexitate diferită, de la cele mai simple până la cele mai sofisticate. Siguranţa şi funcţionarea lor este esenţială pentru spital şi pentru îngrijirea bolnavilor. Este necesar un mecanism de evaluare a tehnologiilor noi şi introducerea lor numai după studii clinice şi de cost/eficacitate. Tehnologiile noi şi scumpe ridică frecvent probleme de etică în condiţiile unor resurse limitate.

Aspecte particulare în spitale apar în mod suplimentar prin compartimentele de suport hotelier care sunt în sarcina spitalului: bucătăria, ce necesită o aprovizionare ritmică, continuă şi completă (stocul de alimente proaspete şi conservate) şi spălătoria cu particularităţile legate de provenienţa lenjeriei sau echipamentelor de protecţie.

Pe de altă parte, potrivit normelor în vigoare, actele şi documentele medicale au valoare medico-legală şi nu sunt acceptate ca atare decât existând pe „hârtie", trebuind păstrate sub această formă timp de 25 de ani. Această condiţionare duce la situaţia în care, chiar dacă unitatea ar dispune de toate facilităţile de echipamente ca: calculatoare, reţea internă şi externă, soft adecvat şi personal suficient numeric şi instruit corespunzător pentru a le utiliza convenabil, documentele ar trebui oricum să existe şi pe hârtie. Tipizatele utilizate (foi de observaţie, buletine de analiză, condici de medicamente, registre de sală, registre de rezultate etc.) trebuie să facă obiectul unui accept oficial. În mod practic nu este permisă şi nu este posibilă utilizarea unei foi de observaţie create pentru a fi asistată de calculator fără avize şi acorduri speciale, ultimul actor intrat în rândul celor al căror accept este necesar fiind compania de asigurări ca instituţie plătitoare.

Ingineria biomedicală, denumită şi inginerie clinică, se referă la echipamentele medicale. Acestea, denumite şi echipamente clinice, acoperă următoarele categorii:

- echipamente pentru diagnosticarea pacienţilor, precum echipamentele, care măsoară parametrii fiziologici;
- echipamente de laborator clinic;
- echipamente pentru tratamente terapeutice;
- aparate care aplică energie radiantă pe corp;
- echipamente de resuscitare;
- echipamente prostetice/ de chirurgie plastică;
- echipamente pentru terapie fizică;
- echipamente de asistenţă chirurgicală;
- echipamente de monitorizare a stării pacienţilor.

Inginerii biomedicali au anumite sarcini care sunt clasificate pe niveluri:

- Sarcinile de *nivelul I* implică repararea echipamentelor, întocmirea rapoartelor de reparaţii şi a deconturilor reparaţiilor.
- Sarcinile de *nivelul al II-lea* sunt sarcini de întreţinere preventivă şi includ verificări ale părţii electrice a echipamentelor, probe ale echipamentelor noi şi pregătirea echipamentelor pentru punerea în funcţiune.
- Sarcinile de *nivelul al III-lea* sunt sarcini de management şi presupun:
  - planificări;
  - achiziţii;
  - instalări;
  - proiectări;
  - notificări cu privire la gradul de risc;
  - asistenţă acordată comitetelor de siguranţă.

Asigurarea bunei funcţionări a acestor echipamente medicale este foarte importantă, deoarece are efecte directe asupra îngrijirii acordate pacienţilor, precum şi asupra siguranţei lor. Există patru variante de asigurare a bunei funcţionări a acestor echipamente în cadrul unui spital:

1) spitalul îşi concepe un program propriu de întreţinere a echipamentelor;
2) spitalul se abonează şi se bazează pe un singur furnizor de astfel de servicii;
3) spitalul se afiliază unui contract de servicii împreună cu alte spitale;
4) spitalul apelează la diferiţi furnizori, producători, reprezentanţe şi delegări care să-i asigure întreţinerea echipamentelor. Această din urmă variantă este cea mai frecvent folosită, dar şi cea mai costisitoare dintre ele.

17.11. REFORME

În procesul de reformare a sistemului de sănătate, la început de mileniu, sectorul spitalicesc trebuie să se adapteze la noile realităţi create, pe de o parte, de noile tehnologii şi de noul rol al spitalelor ca o opţiune de ultimă instanţă şi pe de altă parte, să ia în considerare cauzele principale ale patologiei umane dominate de bolile cardiovasculare, neoplasme, traumatisme, intoxicaţii şi dereglări metabolice de etiologii multiple.

În acelaşi timp restructurarea serviciului spitalicesc trebuie să ia în considerare mediul cultural, social şi economic şi prin configurația sa să corespundă nevoilor reale ale comunității.

Obiectivele generale ale reformei spitalelor:

1. Creşterea eficienţei tehnice - utilizarea adecvată a resurselor limitate de la nivelul spitalului prin eliminarea risipei. Astfel, reorganizarea structurii spitalului trebuie să conducă la scăderea costurilor pentru serviciile furnizate.

2. Creşterea eficienţei alocative: maximizarea valorii obţinute pentru resursele cheltuite, prin alocarea acestora în funcţie de rezultate şi de impactul asupra stării de sănătate (ani de viaţă câştigaţi, creşterea calităţii vieţii, creşterea accesului la serviciile prioritare).

3. Creşterea accesibilității pentru grupurile defavorizate (săraci, populația rurală etc.) prin distribuirea resurselor în sistemul public centrată pe cei care au stringentă nevoie de servicii şi acces limitat.

4. Adecvarea structurii serviciilor spitaliceşti la aşteptările utilizatorilor, prin restructurarea acestora astfel încât serviciile publice să răspundă aşteptărilor publicului, cu asumarea responsabilității față de acesta.

Factorii care influențează performanța spitalului sunt:

1. gradul de autonomie a spitalului;
2. expunerea spitalelor la presiunile pieţei;
3. gradul de responsabilitate financiară;
4. responsabilitatea spitalelor pentru performanța lor;
5. funcţia socială.

Principalele acţiuni strategice şi operaţionale necesare la nivelul spitalelor:

- Îmbunătățirea managementului spitalului
- Îmbunătățirea structurii spitalului (clădiri, echipamente etc.)
- Utilizarea eficientă a resurselor umane ale spitalului.

În secolul al XX-lea se resimte o tendință asiduă spre restructurarea, reorganizarea sistemului de asistență medicală spitalicească, ce ar permite eficientizarea rezultatelor. Tendinţele ce au produs pornirea procesului de reorganizare a spitalelor:

- Micşorarea (în volum) a sectorului spitalicesc (măsuri radicale).
- Realizarea unor schimbări în sectorul spitalicesc (măsuri parţiale).
- Reorganizarea spitalelor după principiul geografic.
- Reorganizarea spitalelor după principiul asigurării accesului la servicii medicale, acesta fiind determinat de nivelul de dezvoltare a sistemului de sănătate.

Drept obiective principale în cadrul procesului de restructurare a sectorului spitalicesc se evidenţiază următoarele aspecte:

- Accesul oportun la serviciile spitaliceşti pentru toată populaţia.
- Serviciile spitaliceşti sigure, de calitate, conform standardelor de îngrijire.
- Distribuirea echitabilă a resurselor de asistenţă primară spitalicească.
- Elaborarea unui cadru de finanţare durabil, care ar ajusta serviciile acordate la resursele disponibile.
- Eşalonarea serviciului spitalicesc.

Principalele schimbări în sistemul de sănătate din Republica Moldova:

- Descentralizarea procedurilor simple şi creşterea capacităţii prin restructurarea reţelei de AMT.
- Centralizarea procedurilor complexe şi creşterea nivelului de specializare şi calitatea serviciilor medicale la nivel naţional.
- Consolidarea serviciilor auxiliare.
- Majorarea volumului de asistenţă medicală primară, acordată de către MF.
- Separarea finanţării prin introducerea cadrului contractual.
- Reducerea continuă a numărului de paturi.
- Reducerea continuă a duratei de spitalizare.
- Aplicarea în practică a principiilor asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.
- Asigurarea principiului de autonomie a IMSP în gestionarea resurselor, îndeosebi a celor financiare.

Acest fenomen s-a produs datorită următorilor factori ce au determinat restructurarea sistemului spitalicesc:

- Necesitatea sporirii calităţii şi eficienţei serviciilor medicale spitaliceşti şi specializate prestate populaţiei.
- Activitatea clinică în instituţiile spitaliceşti este redusă.
- Practici medicale nesigure – număr mic de intervenţii chirurgicale pe secţie.
- Alocarea fondurilor rămâne a fi inechitabilă şi spitalele cheltuie mai mult de 50% din cheltuielile totale din sistemul de sănătate.
- Sistemul de eşalonare a asistenţei medicale nu funcţionează în deplină măsură, din care motive în instituţiile medico-sanitare publice republicane se mai spitalizează pacienţi din raioane care trebuie şi pot fi trataţi la un nivel inferior al îngrijirii.
- Condiţii inadecvate ale infrastructurii şi de dotare cu echipament performant.

Factorii care au influenţat schimbările în serviciul spitalicesc mai pot fi clasificaţi în dependenţă de cerere (aspecte demografice, sănătatea populaţiei, aspiraţiile pacienţilor), de ofertă (tehnologii medicale, resursele umane) şi socio-economici (finanţe, implementarea serviciilor, globalizarea în domeniul pieţei de cercetare şi dezvoltare).

Reorganizarea serviciilor spitaliceşti şi utilizarea raţională a paturilor poate fi eficientă în trei direcţii principale:

Asigurarea echităţii şi eficacităţii asistenţei spitaliceşti, care include:

1. crearea serviciilor asistenţei medicale de o zi;
2. introducerea practicii îngrijirilor medico-sociale la domiciliu;
3. modificarea culturii manageriale;
4. introducerea modalităţilor de achitare a serviciilor prin metoda grupurilor de diagnosticuri înrudite (DRG);
5. contopirea unor spitale pentru a realiza o politică economică şi financiară mai eficientă;
6. micşorarea volumului (numărului) de spitalizări;
7. dispensarizarea;
8. crearea secţiilor geriatrice;
9. efectuarea expertizei nivelului şi duratei de internare în spitale la diferite nivele.

În restructurarea sectorului spitalicesc este necesar de a lua în considerare:

1. excluderea dublării în activitatea instituţiilor spitaliceşti;
2. introducerea controlului asupra eficacităţii în activitatea personalului medical a excesului şi dublării serviciilor acordate;
3. utilizarea informaţiei obiective pentru planificarea activităţilor în sectorul spitalicesc;
4. dezvoltarea şi utilizarea tehnologiilor moderne poate activa procesul de centralizare a activităţilor medicale;
5. utilizarea criteriilor obiective în restructurarea sectorului spitalicesc (spitalul sau paturile spitaliceşti);
6. integrarea mecanismelor unice şi a economiei de piaţă în argumentarea structurală a cererii şi ofertei în sector spitalicesc;
7. crearea spitalelor de asistenţă medicală de scurtă şi lungă durată.

Raţionalizarea utilizării spitalului şi a numărului de paturi ca instrument de influenţă politică prevede:

1. micşorarea (majorarea) duratei de spitalizare;
2. majorarea eficienţei procedurilor diagnostice;
3. dezvoltarea alternativelor asistenţei spitaliceşti;
4. lărgirea serviciilor de reabilitare a bolnavilor cronici;
5. deschiderea secţiilor geriatrice în cadrul spitalelor generale;
6. transformarea paturilor spitaliceşti în paturi cu destinaţie specială (paturi sociale);
7. centralizarea paturilor specializate şi descentralizarea paturilor de profil general în corespundere cu numărul de populaţie;
8. crearea centrelor de excelenţă pentru deservirea în egal a populaţiei urbane şi rurale.

Funcţiile principale în cadrul restructurării sistemului spitalicesc sunt:

- acordarea AM specializate;
- implementarea în practică a metodelor contemporane de profilaxie, diagnostic şi tratament în baza realizărilor ştiinţifice;
- dezvoltarea şi perfecţionarea formelor organizatorice şi a metodelor de AM;
- sporirea calităţii muncii, perfecţionarea cunoştinţelor igienice ale populaţiei.

OCROTIREA SĂNĂTĂŢII MAMEI ŞI COPILULUI

18. 1. CARACTERISTICA GENERALĂ A SISTEMULUI OCROTIRII SĂNĂTĂŢII MAMEI ŞI COPILULUI

Ocrotirea sănătăţii mamei şi copilului (OSMC) include un sistem de măsuri sociale de stat orientate spre menţinerea sănătăţii mamei şi copilului, care asigură femeii posibilitatea să îmbine maternitatea şi educaţia copiilor cu participarea activă în producere şi în viaţa socială.

OSMC asigură condiţii normale pentru dezvoltarea generaţiei tinere, pentru prevenirea, combaterea, diagnosticul şi tratamentul femeilor şi copiilor bolnavi, pentru participarea activă a femeii în viaţa socială şi în creşterea noilor generaţii sănătoase de cetăţeni.

OSMC are un caracter medico-social şi urmăreşte următoarele scopuri:
- Păstrarea şi îmbunătăţirea stării sănătăţii populaţiei feminine şi copiilor.
- Diminuarea nivelului mortalităţii materne.
- Diminuarea nivelului mortalităţii infantile.
- Educaţia pentru sănătate a generaţiei tinere bine dezvoltată fizic şi psihic.
- Dezvoltarea unei societăţi sănătoase.
- Crearea condiţiilor necesare pentru participarea activă a femeilor şi copiilor în activitatea societăţii.

Sistemul ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului îndeplineşte următoarele sarcini:
1. Planificarea familiei şi pregătirea femeii către maternitate.
2. Instruirea tineretului în probleme de sexologie, profilaxie a bolilor sexual transmisibile, evitarea gravidităţii nedorite, igiena căsniciei, profilaxia avorturilor etc.
3. Organizarea unui complex de măsuri cu scop de ocrotire prenatală a fătului efectuate în instituţiile de asistenţă medicală primară (AMP).
4. Ocrotirea intranatală a fătului acordată în Centrele perinatologice.
5. Ocrotirea sănătăţii nou-născutului acordată în CMF, OMF, CS şi secţiile specializate.
6. Ocrotirea sănătăţii copilului în perioada preşcolară. Controlul dezvoltării fizice, alimentaţiei şi statutului imunologic al copilului.
7. Ocrotirea sănătăţii elevilor, supravegherea dezvoltării fizice şi psihice a lor etc.

Importanţa socio-medicală a sistemului sănătăţii mamei şi copilului mai este determinată şi de rolul lui în ocrotirea sănătăţii femeii, diminuarea mortalităţii materne şi infantile, de educarea, începând cu vârsta cea mai fragedă, a unei generaţii tinere cu o dezvoltare complexă din punct de vedere fizic şi spiritual.

În cadrul principiilor generale de ocrotire a sănătății populației – ce-și au aici completă valabilitate – se disting câteva particularități pentru aceste grupuri de populație. La nici un alt grup de populație, profilaxia largă în ocrotirea sănătății și atitudinea preventivă în asistența medicală nu sunt aplicate atât de sistematic și de diferențiat ca în promovarea, ocrotirea și fortificarea sănătății mamei și copilului.

În Sistemul sănătății mamei și copilului deosebim următoarele etape ale asistenței curativo-profilactice.

Etapa I – planificarea familiei și pregătirea femeii către maternitate. Instruirea tineretului în problemele de sexologie și profilaxie a bolilor cu transmisie sexuală, pregătirea familiilor tinere în problemele igienei casnice, profilaxia avorturilor și evitării gravidității nedorite.

Etapa a II-a – organizarea unui complex de măsuri cu scop de ocrotire prenatală a fătului. Din aceste măsuri fac parte activitatea medicilor de familie din Centrele medicilor de familie (CMF), Centrele de Sănătate (CS), Oficiile Medicilor de Familie (OMF) și Cabinetele de planificare a familiei.

Etapa a III-a – ocrotirea intranatală a fătului, la baza căreia stă ajutorul la naștere. Tot volumul asistenței la această etapă este acordat în Centrele de Perinatologie de nivelurile I, II, III.

Etapa a IV-a – ocrotirea sănătății nou-născutului, efectuată în CMF, CS, OMF și secțiile specializate. Aceasta include în primul rând controlul alimentației, supravegherea dezvoltării fizice, îngrijirea nou-născutului etc.

Etapa a V-a – ocrotirea sănătății copiilor în perioada preșcolară, controlul asupra dezvoltării fizice și mentale, alimentației raționale și statutului imunologic al copilului.

Etapa a VI-a – ocrotirea sănătății copilului în perioada școlară, controlul periodic asupra dezvoltării fizice și psihice, aprecierea funcțiilor de bază ale sistemelor organismului în creștere, depistarea și corectarea devierilor în starea sănătății copiilor.

Etapa a VII-a – ocrotirea sănătății adolescenților și tinerelor.

Realizarea consecventă a măsurilor conform etapelor indicate determină unitatea organizatorică a Sistemului ocrotirii sănătății mamei și copilului, care include 2 compartimente principale:

- asistența obstetrico-ginecologică a mamei;
- asistența curativo-profilactică a copiilor.

Asistența medicală (primară, spitalicească și specializată de ambulatoriu) mamei și copilului se acordă în Instituțiile medico-sanitare publice (IMSP) raionale, municipale, interraionale și republicane, care reprezintă o rețea întreagă a serviciului de asistență perinatologică.

Managerii acestor instituții, în scopul asigurării accesului populației la asistența medicală calitativă în cadrul sistemului OSMC la diverse niveluri, se bazează pe următoarele documente oficiale:

- Legea Ocrotirii sănătății nr. 411- XIII din 28 martie 1995;
- Legea cu privire la Asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585–XIII din 27.02.1998;
- Legea privind administrația publică locală nr. 123 – XV din 18 martie 2003;
- Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației nr. 1513 – XII din 16.06.1993;

– Ordinul Ministrului Sănătăţii al Republicii Moldova nr.190 din 23 iunie 2003 şi altor documente legislative.

În ultimul sunt specificate funcţiile concrete ale managerilor IMSP necesare pentru dirijarea activităţii instituţiilor medicale din Sistemul ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului.

18.2. FUNCŢIILE MANAGERILOR ÎN DIRIJAREA SISTEMULUI SĂNĂTĂŢII MAMEI ŞI COPILULUI

Medicul-şef al raionului:

- Promovează politica statului în domeniul sănătăţii populaţiei feminine şi copiilor.
- Asigură accesul copiilor şi gravidelor la asistenţa medicală calificată, prevenirea morbidităţii, invalidităţii şi mortalităţii copiilor şi femeilor, respectarea drepturilor mamelor şi copiilor la sănătate şi supravieţuire.
- Dirijează activitatea cu cadrele din sistemul OSMC.

Prim-adjunctul medicului-şef al raionului:

- Realizează politica statului în dezvoltarea asistenţei medicale primare populaţiei feminine şi copiilor.
- Coordonează activitatea CMF, CS, OMF.
- Organizează şi controlează asistenţa medicală, inclusiv:
  - lucrul profilactic de ocrotire antenatală a fătului şi postnatală a lăuzelor;
  - supravegherea gravidelor;
  - planificarea familiei şi protejarea sănătăţii, reproducerii;
  - supravegherea copilului sănătos;
  - controlul alimentaţiei raţionale a copilului;
  - imunizarea copilului.
- Organizează şi supraveghează activitatea cabinetului „Copilul sănătos", promovarea MSV, educaţia pentru sănătate în familie, în instituţiile preşcolare şi şcoli.
- Organizează examenul profilactic al preşcolarilor, elevilor şi supravegherea copiilor cu patologii cronice.
- Analizează nivelul morbidităţii copiilor şi informează organele de conducere locale.
- Analizează sistematic (o dată în 10 zile) cazurile de mortalitate perinatală, infantilă şi maternă prezentând informaţia la comisia raională, orăşenească pentru întreprinderea măsurilor de profilaxie.
- Analizează calitatea asistenţei medicale şi supravegherea femeilor şi copiilor cu patologii cronice în scopul prevenirii recidivelor şi invalidităţii.

Adjunctul medicului-şef al raionului:

- Asigură organizarea şi succesivitatea serviciilor medicale spitaliceşti şi specializate de ambulatoriu şi de urgenţă din localitate acordate femeilor şi copiilor.
- Eşalonează asistenţa medicală spitalicească şi specializată de ambulatoriu (AMSSA).
- Contribuie la efectuarea cercetărilor ştiinţifice în domeniul pediatriei, obstetricii şi ginecologiei şi implementarea rezultatelor în practică.

- Analizează indicatorii de evaluare a asistenţei medicale spitaliceşti şi specializate de ambulatoriu, inclusiv femeilor şi copiilor.

Specialistul principal pe Asistenţa medicală mamei şi copilului:

- Evaluează nivelul şi calitatea supravegherii profilactice şi asistenţei medicale acordate copiilor, gravidelor, lăuzelor şi adolescenţilor.
- Trimestrial analizează activitatea serviciului şi elaborează măsuri de ameliorare a lui.
- Organizează expertiza gradului de invaliditate la copii.
- Organizează tratamentul copiilor şi bolnavilor de maladii ginecologice în Centrele de Recuperare şi Reabilitare.
- Analizează sistematic (o dată în 10 zile) cu medicii de familie şi specialiştii de profil toate cazurile de mortalitate perinatală, infantilă şi maternă cu planificarea măsurilor necesare de prevenire a lor.
- Organizează şi monitorizează activităţile sistematice ale medicilor: pediatri, obstetricieni-ginecologi şi de familie necesare în diminuarea nivelului morbidităţii şi mortalităţii infantile, perinatale, materne şi juvenile (0-5 ani) şi invalidizării copiilor sub 18 ani.
- Efectuează expertiza calităţii asistenţei medicale acordate femeilor şi copiilor în instituţiile de profil, prin deplasarea periodică în teritoriul subordonat, analizează rezultatele şi planifică măsurile de ameliorare a situaţiei.
- Evaluează activităţile medicilor de familie sub următoarele aspecte:
  - ocrotirea antenatală a fătului, planificarea familiei şi protejarea sănătăţii de reproducere;
  - promovarea sănătăţii în familie;
  - supravegherea copilului sănătos;
  - educaţia pentru sănătate şi promovarea MSV în instituţiile preşcolare, şcoli, familie şi comunitate;
  - controlul alimentaţiei raţionale a copiilor;
  - controlul supravegherii copiilor primului an de viaţă şi copiilor bolnavi.
- În comun cu medicii de familie şi specialişti de profil studiază şi analizează cauzele morbidităţii în instituţiile preşcolare, cu informarea persoanelor de decizie pentru luarea măsurilor necesare de ameliorare a stării sănătăţii copiilor.
- Organizează seminare pe problemele ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului.
- Participă la elaborarea programelor teritoriale consacrate problemelor ocrotirii sănătăţii mamelor şi copiilor, supraveghează permanent implementarea lor în practică.
- Conlucrează cu organizaţiile nonguvernamentale în problemele ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului.
- Organizează implementarea în practică a noilor tehnologii în procesul de diagnostic, tratament şi profilaxia maladiilor.
- Organizează măsuri în educaţia pentru sănătate şi promovarea MSV în familie, grădiniţe, şcoli.

Şeful Centrului de Sănătate:

- Organizează şi efectuează controlul calităţii măsurilor profilactice, diagnosticului, tratamentului şi recuperării la nivel de asistenţă medicală primară, inclusiv:

- lucrul profilactic de ocrotire antenatală a fătului şi postnatală a lăuzelor;
- supravegherea gravidelor;
- planificarea familiei şi protejarea sănătăţii reproductive;
- supravegherea copilului sănătos;
- imunizarea copiilor conform Programului Naţional;

- Organizează examenul profilactic al preşcolarilor şi elevilor, supraveghind calitatea şi eficacitatea dispensarizării copiilor cu maladii cronice.
- Analizează calitatea asistenţei medicale acordate copiilor bolnavi de maladii cronice.
- Contribuie la educaţia pentru sănătate a femeilor şi copiilor.
- Contribuie la implementarea noilor tehnologii în procesul profilaxiei, diagnosticului, tratamentului şi recuperării bolnavilor.

Medicul de familie:

Supraveghează sănătatea mamei şi copilului, inclusiv:

- Acordarea asistenţei medicale de urgenţă.
- Examinarea, diagnosticarea, tratamentul şi reabilitarea femeilor şi copiilor bolnavi.
- La necesitate: confirmarea diagnosticului şi tratamentului femeilor şi copiilor în instituţiile medicale de profil.
- Acordarea asistenţei medicale la domiciliu şi în instituţiile medicale a gravidelor, lăuzelor şi nou-născuţilor.
- La necesitate: îndreptarea femeilor şi copiilor bolnavi în instituţiile de profil pentru asistenţă medicală specializată sau spitalizare.
- Dispensarizarea gravidelor, femeilor şi copiilor bolnavi de maladii cronice sau supuşi factorilor de risc.
- Imunizarea copiilor.
- Promovarea sănătăţii şi prevenirea bolilor la femei şi copii.
- Asigurarea tratamentului balneo-sanatorial femeilor, copiilor şi adolescenţilor.
- Asigurarea investigaţiilor de laborator şi instrumentale.
- Asigurarea respectării drepturilor legale ale mamelor, gravidelor şi copiilor.
- Realizarea programului de planificare a familiei.
- Conlucrarea cu autorităţile publice locale.
- Evaluarea asistenţei medicale primare mamei şi copilului.
- Efectuarea educaţiei pentru sănătate prin promovarea MSV a femeilor şi copiilor.

18.3. ORGANIZAREA ASISTENŢEI OBSTETRICO-GINECOLOGICE PRIMARE

Serviciul consultativ pentru femei se organizează în IMSP (CMF, CS, OMF, CPF) indicate în figura 65.

Acesta este un serviciu curativ-profilactic, care acordă asistenţă obstetrico-ginecologică primară de ambulatoriu femeilor.

El îndeplineşte următoarele funcţii de bază:

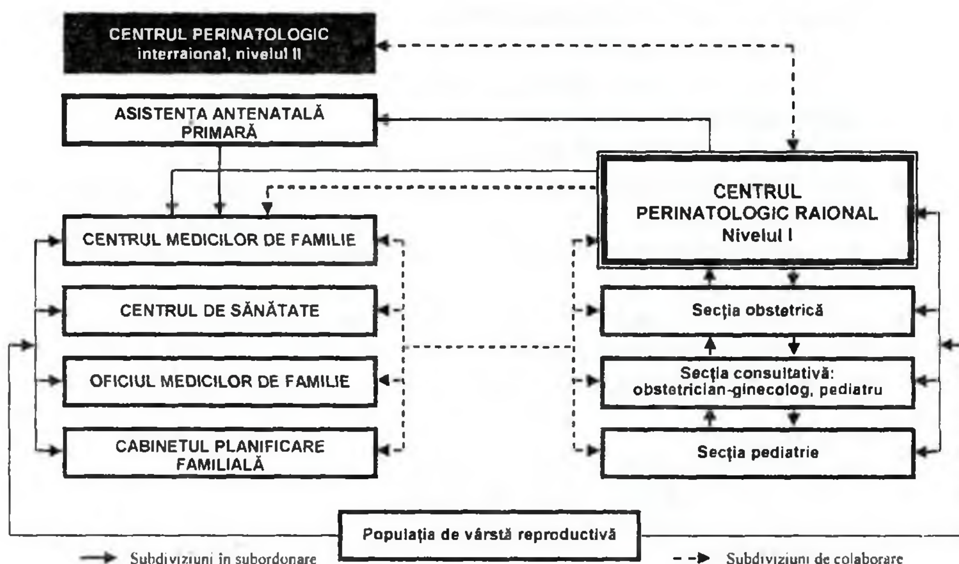


Figura 65. **Serviciul Asistență Medicală Perinatală, nivelul I**

- acordarea asistenței curativo-profilactice calificate populației feminine;
- prevenirea mortalității materne și perinatale;
- micșorarea numărului de sarcini nedorite;
- majorarea nivelului de cultură sanitaro-igienică a femeilor;
- depistarea, evidența, examenul complex al bolnavelor și gravidelor;
- internarea gravidelor și bolnavelor în maternitate;
- efectuarea măsurilor de profilaxie a bolilor ginecologice și avortului;
- ocrotirea antenatală a sănătății fătului;
- pregătirea fizio-psiho-profilactică a gravidelor către naștere;
- completarea sistematică corectă și detaliată a documentației de evidență și celei pentru dările de seamă.

Asistența obstetrico-ginecologică se organizează în baza următoarelor principii:
- teritorial – secția consultativă;
- schimbul reciproc de informație despre gravidă (bolnavă) între medicii maternității și cei din IMSP de la alte etape;
- de dispensarizare.

Principiul teritorial sau secția consultativă prevede acordarea asistenței profilactice și curative în cadrul secției consultative și la domiciliu, efectuarea de măsuri sanitaro-antiepidemice și propagarea modului sănătos de viață. Un sector are circa 1 500 de locuitori, inclusiv 450 de copii și 600 de femei și este deservit de medicul de familie și asistenta medicală, care în decursul anului deservesc circa 7 000–8 000 de vizite ale femeilor sănătoase, gravidelor, bolnavelor ginecologice.

Obstetricianul-ginecolog trebuie să consulte 5 femei pe oră. El conlucrează strâns cu medicii specialiști (terapeut, pediatru etc.). Regimul de lucru al serviciului consultativ pentru femei este organizat în așa mod, încât femeile să poată fi deservite în timpul liber al activității profesionale.

Pentru îmbunătățirea activității serviciului consultativ pentru femei este necesar a se respecta principiul schimbului reciproc de informaţie despre starea gravidei (bolnavei) între MF şi medicii obstetricieni-ginecologi etc. din diverse IMSP. Aceasta se efectuează prin intermediul următoarelor documente medicale:

- Fişa medicală de ambulatoriu;
- Carnetul medical perinatal (formularul nr. 113/e).

Documentele în cauză sau extrasul din ele îi permit medicului să aprecieze evoluția maladiei respective şi îl ajută la precizarea, confirmarea sau negarea diagnosticului.

Eficiența muncii MF şi a medicilor obstetricieni-ginecologi sporeşte atunci când tratamentul în cadrul serviciului de consultații pentru femei alternează cu cel din staționar, inclusiv cel de zi. În scopul perfecționării nivelului lor profesional, aceşti specialişti participă la conferințe clinice, patologo-anatomice, practice şi ştiințifice, seminare, ziua obstetricianului-ginecolog etc.

Femeia se adresează după asistență medicală la MF. În cazurile când pacienta nu poate frecventa instituția medicală, ei i se acordă asistență medicală la domiciliu în decursul zilei de muncă sau ajutor de urgență la orice oră, dacă este necesar.

Rezultatele examinării pacientei la domiciliu se înscriu în „Fişa medicală de ambulatoriu", iar chemarea – în „Registrul pentru înregistrarea chemărilor la domiciliu". Procedurile prescrise de medic pot fi efectuate în condițiile serviciului consultativ pentru femei sau în cazuri necesare la domiciliu.

18.3.1. ORGANIZAREA ASISTENȚEI CURATIVO-PROFILACTICE PENTRU GRAVIDE

Asigurarea condițiilor normale de naştere pentru mamă şi făt, profilaxia diverselor maladii impune cerințe deosebite față de organizarea asistenței obstetrico-ginecologice primare. Măsurile social-igienice întreprinse au drept scop păstrarea sănătății gravidei şi dezvoltarea normală a fătului. Una din măsurile care favorizează acest lucru este evidența precoce a gravidelor (până la 12 săptămâni). Acest indice în Republica Moldova constituie numai 77%. Prin urmare, este necesar a se efectua lucrul de educație sanitară în rândul gravidelor şi tinerilor căsătoriți pentru apelarea precoce (până la 12 săptămâni de gestație) la medicul de familie.

Prin evidența precoce şi supravegherea medicală a gravidelor se pot evita erorile la determinarea termenelor graviditătii şi ale concediului de maternitate; se reduce numărul de naşteri precoce, se micşorează nivelul mortinatalității, mortalității neonatale, morbidității nou-născutului.

Pentru femeia gravidă se completează un document special: „Carnetul medical perinatal" (formularul nr. 113/e), în care medicul descrie anamneza detaliată (îndeosebi anamneza familială, bolile generale şi ginecologice suportate, date privind intervențiile chirurgicale, transfuziile de sânge, particularitățile ciclului menstrual, funcției secretorii, sexuale, generative, sarcinile anterioare, starea sănătății soțului, deprinderile vicioase, condițiile de muncă şi de trai etc.).

Un alt principiu de organizare a asistenței obstetrico-ginecologice la serviciul consultativ pentru femei este dispensarizarea – care include un complex de măsuri statale, ce favorizează depistarea precoce şi activă, investigarea detaliată,

examinarea la timp de către MF, medicii specialişti a femeilor în scopul stabilirii gravidităţii, diagnosticului bolilor de care suferă, tratamentului şi reabilitării lor, precum şi în scop profilactic. O deosebită atenţie se acordă gravidelor (observarea sistematică asupra stării sănătăţii femeilor însărcinate, acordarea asistenţei curativo-profilactice gravidelor, fătului, nou-născutului etc.).

O bună parte din gravide (40–45%) sunt femei sănătoase. În decursul sarcinii ele frecventează medicul de familie şi specialistul obstetrico-ginecolog de 6 şi 2 ori respectiv. La primul examen obstetricianul-ginecolog în cazuri necesare împreună cu alţi specialişti decid, în funcţie de starea sănătăţii gravidei, prognosticul gravidităţii (naştere sau avort). În caz de boli gravida este supravegheată de MF - terapeut ori alt specialist şi obstetricianul-ginecolog. Tuturor gravidelor se administrează preparate medicamentoase cu scop profilactic.

La examinarea ulterioară a gravidei se depistează bolile favorizate şi nefavorizate de sarcină şi se prescrie tratamentul necesar.

Practica arată că nivelul morbidităţii şi mortalităţii perinatale este mai mare la o anumită categorie de gravide, aşa-numita grupă de risc, care include patologia perinatală a mamei şi fătului ce poate pune în pericol viaţa nou-născutului.

De aceea este foarte important a se depista la timp factorii nefavorabili, care pot cauza îmbolnăvirea gravidei şi viitorului copil. În cazurile când s-a luat decizia de a menţine sarcina la femeile cu anumiţi factori de risc gravidele în cauză se vor afla sub supravegherea specială a medicilor specialişti. Măsurile curativo-profilactice care se vor prescrie vor fi aplicate conform unui plan complex de dispensarizare.

Este important ca în cadrul serviciului consultativ pentru femei să activeze Centrele de sănătate a femeii, care urmăresc scopul de a instrui părinţii în îngrijirea şi educaţia viitorului copil.

În a doua jumătate a sarcinii se efectuează pregătirea persoanei (mama sau soţul), care va însoţi gravida către naştere (6 şedinţe de tratament cu raze ultraviolete, un complex de gimnastică medicală, 5–6 şedinţe de psihoprofilaxie etc.).

Pentru schimbul reciproc de informaţii între medicii maternităţii şi cei de la CMF, gravidei la prima adresare i se eliberează „Carnetul medical perinatal (formularul nr. 113/e)" în care este descrisă evoluţia sarcinii şi starea sănătăţii gravidei – decursul naşterii, starea sănătăţii nou-născutului şi tatălui. Cu acest document gravida este internată la maternitate, iar după externarea mamei şi copilului prin „Carnetul medical perinatal" este informat MF despre mersul naşterii, starea mamei şi a copilului.

După naştere, femeile necesită supravegherea şi examinarea MF şi medicului, care împreună cu asistenta medicală fac prima vizită la domiciliu şi apoi a obstetricianului-ginecolog. În continuare gravida se va prezenta personal la control de 2 ori (1 dată la 12–14 zile după externarea din staţionar şi a doua oară la 2 luni. În timpul acestor consultaţii medicul examinează pacienta, iar la necesitate îi prescrie tratament, contraceptive, efectuează profilaxia bolilor ginecologice, avortului, o orientează spre un mod sănătos de viaţă, încurajează alimentaţia la sân.

Femeile, care nu s-au prezentat la consultaţie, sunt vizitate la domiciliu de asistenta medicală.

18.3.2. ORGANIZAREA ASISTENŢEI GINECOLOGICE DE AMBULATORIU

Cota morbidităţii ginecologice în morbiditatea generală a populaţiei constituie circa 11%. În republică acest indice este de 107 cazuri la 1 000 de femei în localităţile rurale şi 108 cazuri în mediul urban.

Majoritatea (80–85%) bolnavelor de profil ginecologic se tratează în condiţii de ambulatoriu. Datele despre maladiile depistate se înscriu în

1. fişa medicală de ambulatoriu;
2. tichetul statistic (formularul nr. 025/e);
3. registrul de dispensarizare a bolnavilor .

Pacientele cu afecţiuni grave sunt spitalizate şi luate la evidenţă .

Din totalitatea bolnavelor de profil ginecologic 60–65% au nevoie de dispensarizare cronologică. În acest caz se completează „Registrul de evidenţă a dispensarizării bolnavilor – 025/e/u" unde se indică: diagnosticul bolii, datele examinării medicale, metodele de investigare, tratamentul, reabilitarea, data următoarei prezentări, dispensarizarea bolnavilor.

Asistenţa ginecologică este asigurată de medicii serviciului obstetrico-ginecologic din Sectorul de asistenţă medicală primară.

Funcţiile obstetricianului-ginecolog şi ale medicului de familie în acordarea asistenţei medicale femeilor ocupate în câmpul muncii sunt următoarele:

- cercetarea condiţiilor de muncă;
- selectarea bolnavelor, care necesită sanare în preventorii sanatoriale;
- prescrierea alimentaţiei dietetice ;
- expertiza medicală a incapacităţii de muncă a bolnavelor şi gravidelor;
- analiza indicilor morbidităţii femeilor cu incapacitate temporară de muncă;
- încadrarea raţională în câmpul de muncă a persoanelor după operaţii ginecologice şi a celor frecvent şi timp îndelungat bolnave;
- examinări medicale cu un anumit scop, preventive şi periodice;
- participarea activă la pregătirea măsurilor pentru ocrotirea sănătăţii şi securităţii muncii femeilor.

La întreprinderi există preventorii sanatoriale, cantină, inclusiv cu mese dietetice, de care trebuie să beneficieze în primul rând gravidele şi femeile bolnave.

18.4. ORGANIZAREA ASISTENŢEI MEDICALE SPITALICEŞTI ŞI SPECIALIZATE DE STAŢIONAR – CENTRUL PERINATOLOGIC NIVELUL II

În Centrul perinatologic nivelul II se acordă asistenţă obstetricală calificată şi specializată gravidelor, lăuzelor, nou-născuţilor şi femeilor cu afecţiuni ginecologice.

Asistenţa obstetrico-ginecologică spitalicească şi specializată se acordă în următoarele secţii: obstetrică, patologia sarcinii, reanimare şi terapie intensivă, pediatrie generală, perinatologie consultativă (*figura 66*).

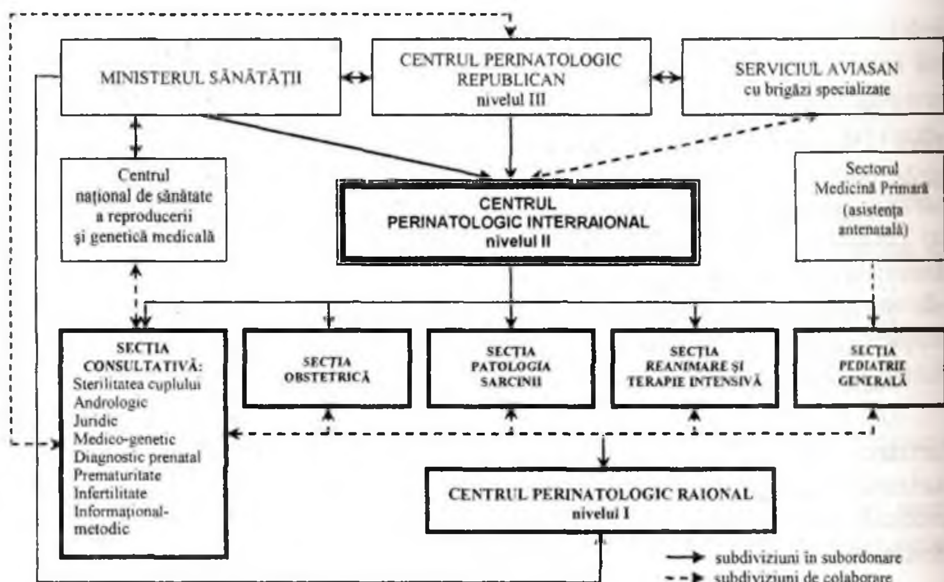


Figura 66. **Serviciul Asistență Medicală Perinatală, nivelul II**

Centrul perinatologic este subordonat medicului şef al raionului. Şeful maternității administrează activitatea pe specialitate a Centrului perinatologic. El este numit sau destituit din post de MS RM conform legii în vigoare. Centrul perinatologic nivelul II (CP n. II) concomitent îndeplineşte şi funcțiile Centrului de nivelul I pentru localitățile în care este dislocat.

Statele Centrului Perinatologic se stabilesc conform normativelor în vigoare. Centrul Perinatologic nivelul II se asigură cu echipament, aparataj, utilaj şi cadre medicale conform normativelor în vigoare, el prezintă raporturi de dare de seamă în termenele stabilite de MS RM şi completează documentația de evidență. În cadrul CP n. II se organizează Consilii ale medicilor, asistentelor medicale şi moaşelor. Acest centru colaborează şi cu Centrele perinatologice de nivelul III şi I.

Sarcinile Centrului perinatologic nivelul II:

- Acordarea asistenței medicale consultative şi de urgență în teritoriul subordonat.
- Acordarea asistenței medicale în perioada antenatală a femeilor.
- Acordarea asistenței medicale specializate gravidelor şi lăuzelor.
- Acordarea asistenței medicale specializate, supravegherea îngrijirii, alimentării şi vaccinării nou-născuților şi prematurilor, şi nou-născuților cu greutate mică la naştere.
- Efectuarea măsurilor curativ-profilactice a complicațiilor sarcinii, naşterii şi perioadei de lăuzie.
- Implementarea în practică a metodelor moderne de profilaxie, diagnostic şi tratament al gravidelor, parturientelor şi lăuzelor.
- Asigurarea femeilor şi copiilor cu asistență socio-juridică.

- Implementarea în practica Centrului perinatologic a tehnologiilor moderne efective (gravidograma, alăptarea nou-născutului în primele 30 min. după naştere etc.) şi instruirea personalului medical.
- Educaţia populaţiei în problemele suportului psiho-emoţional în problemele sarcinii, naşterii şi alimentaţiei raţionale.
- Informarea obligatorie a Centrului perinatologic de nivelul III despre cazurile grave, cele cu risc şi la necesitate îndreptarea pacientului la următoarea etapă *(figura 67)*.
- Asigurarea transportării materne şi neonatale la sine.
- Acordarea asistenţei de urgenţă.
- Asigurarea în centru a regimului sanitaro-igienic şi antiepidemic.
- Perfecţionarea cunoştinţelor profesionale a cadrelor centrului.
- Efectuarea lucrului educativ cu populaţia.
- Asigurarea primirilor spitaliceşti şi specializate de ambulatoriu.
- Propagarea contraceptivelor moderne.
- Analiza complicaţiilor şi efectuarea profilaxiei lor.
- CP n. II aprobă regulile de comportare în staţionar şi funcţiile colaboratorilor săi.
- Acordarea asistenţei consultative organizaţional-metodice serviciilor medicale perinatologice de toate nivelele.

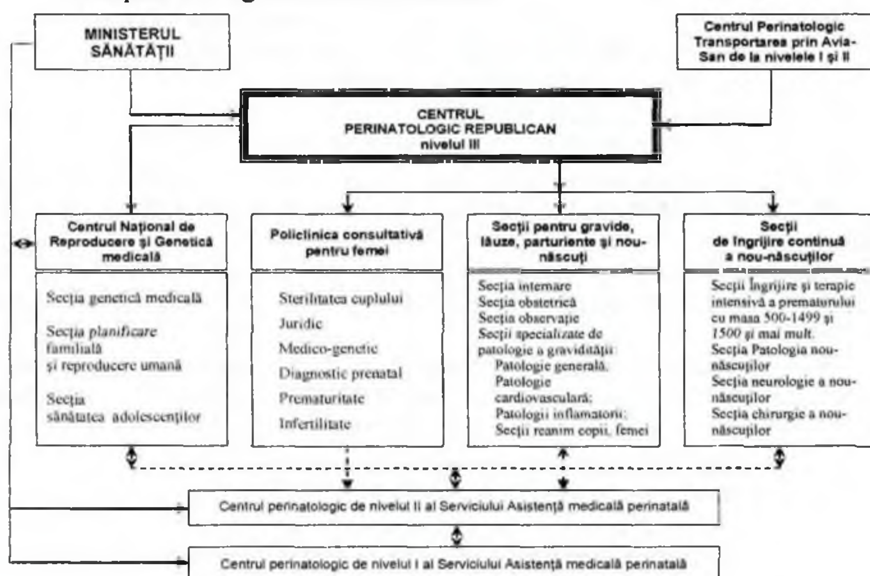


Figura 67. **Serviciul Asistenţă Perinatală, nivelul III**

Funcţiile de bază ale staţionarului maternităţii:
- Acordarea asistenţei curativo-profilactice calificate populaţiei feminine şi nou-născuţilor.
- Implementarea metodelor moderne de profilaxie, diagnostic, tratament şi reabilitare.
- Dezvoltarea şi perfecţionarea formelor şi metodelor de organizare a asistenţei obstetrico-ginecologice.
- Îmbunătăţirea calităţii şi culturii activităţii maternităţii.

– Depistarea şi analiza cauzelor complicaţiilor şi recidivelor maladiilor şi gravidităţii patologice.
– Profilaxia maladiilor ginecologice.
– Perfecţionarea metodelor de îngrijire a lăuzelor.
– Ameliorarea activităţii blocului de naşteri şi secţii pentru nou-născuţi;
– Efectuarea permanentă a schimbului de informaţii despre nou-născuţi cu medicii din CMF, CS, OMF.
– Efectuarea măsurilor de combatere a infecţiilor intraspitaliceşti.
– Pregătirea psihologică a gravidelor pentru naştere.
– Perfecţionarea cunoştinţelor profesionale ale medicilor-obstetricieni şi moaşelor.
– Propagarea modului sănătos de viaţă etc.

În staţionarul maternităţii se acordă asistenţă obstetrico-ginecologică calificativă şi specializată femeilor şi nou-născuţilor în timpul când ei se află în staţionarul maternităţii. Maternitatea şi serviciul consultativ pentru femei acordă asistenţă obstetrico-ginecologică după principiul teritorial, deşi gravida are dreptul de a alege maternitatea.

Internarea în staţionar a gravidelor şi lăuzelor se efectuează conform „Carnetului medical perinatal" (formularul nr. 113/e). Informaţia despre pacientele primite se înscrie în „Registrul de evidenţă a internărilor gravidelor, parturientelor şi lăuzelor – formularul nr. 002/e şi în „Foaia de observaţie obstetricală – 096/e".

Maternitatea dispune de următoarele subdiviziuni structurale:

1. Secţia de internare, care constă din 2 secţii:
a. pentru gravide şi lăuze (parturiente);
b. pentru bolnave de profil ginecologic şi paciente la avort.

În secţia de internare a gravidelor funcţionează 1 filtru şi 2 săli de examinare a gravidelor, care se internează în secţia obstetrică nr. 1 şi secţia obstetricală nr. 2 (de observaţie).

Secţia pentru bolnave de profil ginecologic este dislocată aparte sau în altă aripă a maternităţii. Toate secţiile sunt înzestrate cu utilajul necesar pentru asistenţa pacienţilor.

În sălile de examinare lucrează moaşe cu o bogată experienţă profesională. Secţia obstetricală fiziologică nr. 1 constituie 50-55% din numărul total de paturi. În această secţie sunt internate gravidele sănătoase şi care n-au avut contact cu bolnavi contagioşi.

Secţia pentru naştere şi observare include:

1. salonul prepartum (10-12% din paturile secţiei);
2. sala pentru naşteri (6-8% paturi speciale – tip Rahmanov – din numărul total al paturilor din secţie);
3. săli pentru micro- şi macrooperaţii,
4. salonul pentru terapie intensivă.

În salonul prepartum parturientele sunt supravegheate şi examinate de moaşă şi medic, care apreciază starea sănătăţii pacienţei şi a fătului. Naşterile normale sunt asistate de moaşe, cele cu patologii – de medic. În sala pentru naşteri trebuie să existe totul ce este necesar pentru diminuarea durerilor în perioada natală şi postnatală.

După naştere copilul se aplică la sânul mamei, apoi împreună sunt transferaţi în acelaşi salon „mamă-copil".

În secția postnatală, la fel ca și în restul subdiviziunilor blocului de nașteri, trebuie să se respecte cerințe deosebit de stricte, să se efectueze măsuri sanitaro-antiepidemice, mai cu seamă pe timp de epidemii.

Saloanele postnatale dispun de 1-2 paturi pentru femei operate și lăuze bolnave și 1-2 paturi pentru copii sau de 2-3 paturi pentru femei după nașteri normale și 2-3 paturi pentru nou-născuți. Aceste saloane se completează în mod ciclic.

În cazurile când la mamă sau copil apar semne de boli contagioase, ei sunt transferați în secția obstetricală nr.2 sau în secții specializate ale spitalelor de copii.

Femeile, care au născut normal și la care în perioada postnatală nu se observă complicații, se externează la a 3-a sau a 4-a zi; cele cu boli ginecologice – la a 7-a și cu diverse patologii – la 9-a zi după naștere.

Despre externarea mamei și copilului se informează Serviciul Consultativ pentru femei și pentru copii prin intermediul „Carnetului medical perinatal" (formularul nr. 113/e).

Secția Patologia sarcinii (25-30% din numărul total de paturi de profil obstetrical) există în maternitățile cu o capacitate mai mare de 100 de paturi. În maternitățile cu o capacitate mai mică funcționează saloane în cadrul secției fiziologice obstetricale nr. 1.

Indicații pentru internare sunt: gravidele cu patologii extragenitale, complicații ale gravidității, prezentația incorectă a fătului, gravidele cu anamneză obstetricală agravată. Un obstetrician-ginecolog îngrijește 15 bolnave. Maternitatea are în state terapeut, un cabinet pentru diagnosticul funcțional înzestrat cu aparataj modern. Saloanele din secția respectivă trebuie să fie mici, pentru a înlesni gruparea gravidelor conform profilului unei patologii sau alteia. Secția dispune de sală pentru examinare, sală pentru microoperații, un cabinet pentru pregătirea fizio-psihoprofilactică a gravidelor pentru naștere.

În funcție de starea sănătății și termenul sarcinii, pacienta urmează a fi transferată din secția patologie obstetricală în secția pentru nașteri sau externată pentru a fi supravegheată de medicul de familie sau de la Serviciul consultativ pentru femei. În prezent au căpătat răspândire secțiile de acest profil cu regim semisanatorial.

În saloanele maternității temperatura aerului va fi de 21–22°, umiditatea – de 60% (pentru prematuri, temperatura 23–24°, în boxe – 26° și umiditatea 65%). Copiii sunt supravegheați și îngrijiți de medicul-pediatru și asistenta medicală. În fiecare zi medicul-pediatru înscrie rezultatele examinării în „Foaia de observație clinică a nou-născutului – 097/e". Este de dorit ca la externarea copilului să fie prezent și medicul de familie – aceasta îi permite să se familiarizeze amănunțit cu starea sănătății nou-născutului și cu dezvoltarea lui.

Copiii bolnavi se transferă în secțiile respective ale spitalelor pentru copii.

Actual se practică aflarea mamei și a copilului în același salon, deoarece în acest caz se simt mai bine și mama, și copilul.

Datele statistice arată că pruncii născuți de mame fără patologii perinatale sunt sănătoși și 90% dintre ei la un an de viață se dezvoltă normal; în cazul mamelor cu patologii perinatale copiii se nasc cu diverse patologii și la vârsta de un an doar 30% dintre ei sunt practic sănătoși.

Secția de observație obstetricală acordă asistență medicală gravidelor care au contactat cu bolnavi contagioși sau când acestea prezintă simptome clinice ce permit suspectarea unei boli contagioase. De aceea saloanele din această secție sunt de obicei niște boxe din sticlă. Este categoric interzis accesul persoanelor din secția nr. 1; se limitează la maximum contactele cu alte secții. La intrarea în secția de

observaţie obstetricală funcţionează o ecluză cu halate medicale, săpun, ştergare, ciupici sau bahile, substanţe dezinfectante şi lavoar. În componenţa secţiei funcţionează saloanele: antenatale, pentru naşteri, postnatale, izolator, sală de pansamente, salon pentru nou-născuţi, pentru externare şi un punct sanitar pentru dezinfecţie.

Activitatea staţionarului maternităţii şi profilaxia bolilor septico-purulente sunt reglementate de regulamente speciale aprobate de Ministerul Sănătăţii. Conform acestor documente, administraţia şi personalul maternităţilor sunt datoare:

- să respecte cu stricteţe regulile igienei personale;
- să-şi controleze regulat starea sănătăţii sale prin examen medical;
- să fie asigurate cu apă caldă şi rece;
- să izoleze la timp bolnavele contagioase;
- să completeze şi să dezinfecteze ciclic saloanele mamelor şi ale copiilor;
- să respecte cu stricteţe cerinţele sanitaro-igienice;
- să efectueze dezinsecţia maternităţii (o dată pe an);
- să îngrijească corect lăuzele şi nou-născuţii;
- să aibă grijă de aprovizionarea cu cele necesare, inclusiv lenjerie.

Respectarea acestor cerinţe favorizează profilaxia maladiilor contagioase.

18.5. INDICII ACTIVITĂŢII SERVICIULUI OBSTETRICO-GINECOLOGIC

Analiza activităţii acestor instituţii se efectuează în baza datelor din dările de seamă anuale (formularele nr. 30 – indicii generali) şi a dării de seamă prezentate în Anexa nr. 32.

Informaţia din aceste documente caracterizează volumul şi calitatea asistenţei medicale a gravidelor şi a bolnavelor de profil ginecologic. Informaţia privind activitatea serviciului consultativ este furnizată de paşaportul sectorului asistat de serviciul respectiv care include: numărul total de femei consultate, vârsta şi activitatea lor, numărul sectoarelor, completarea statelor de medici şi moaşe etc.

Activitatea serviciului obstetrico-ginecologic se determină după următorii indici (dare de seamă – Anexa nr. 32):

- luarea precoce a gravidelor în evidenţă (77%).

De asemenea, se mai pot calcula indicii cuprinderii (în general şi la timp) a gravidelor la evidenţa serviciului consultativ pentru femei (100%):

- ponderea avorturilor anterioare la gravide la prima naştere (14,5%).

Reducerea numărului de avorturi caracterizează pozitiv activitatea serviciului de planificare a familiei. El variază între 6 şi 12%:

- numărul mediu de vizite la obstetrician-ginecolog ce revin unei gravide în perioada gravidităţii fiziologice normale până la naştere (2 ori).

În mod analogic, acest indice se calculează şi pentru perioada de după naştere:

- ponderea gravidelor consultate de către medicul obstetrician-ginecolog la 12 săptămâni de gestaţie (100%).

Acest indice similar se calculează şi la 30 de săptămâni de sarcină:

- proporţia gravidelor la care au fost depistate patologii congenitale la examen ecografic (5,7%);
- ponderea gravidelor examinate ecografic la 18-21 de săptămâni (97%);
- procentul gravidelor cu boli extragenitale (din grupa de risc cu boli somatice, obstetricale şi caracter social) – 67,5%;
- raportul dintre naşteri şi avorturi (2,5:1,0).

Activitatea serviciului consultativ pentru femei se mai poate caracteriza prin intermediul următorilor indici:

- frecvenţa maladiilor extragenitale (principale) şi complicaţiile gravidităţii;
- evidenţa şi calitatea dispensarizării bolnavelor de profil ginecologic (plenitudinea evidenţei de dispensar, inclusiv la timp (100%) şi eficacitatea dispensarizării);
- activitatea pentru profilaxia cancerului, avortului etc.

Activitatea maternităţii este apreciată conform informaţiei din formularul nr.32 A după:

- indicii generali pentru toate staţionarele (asigurarea cu paturi, media anuală a funcţionării unui pat, durata medie a internării unui bolnav în staţionar, rulajul unui pat);
- ponderea naşterilor la termen (97,2%);
- ponderea născuţilor cu greutate mică (sub 2 500 g) la naştere;
- ponderea nou-născuţilor care au fost aplicaţi la sân în primele 2 ore după naştere;
- ponderea naşterilor premature (2,8%);
- ponderea naşterilor ce au avut loc în afară maternităţii (1,1%);
- incidenţa nou-născuţilor (266,9);
- mortalitatea infantilă (11,8%) ;
- mortalitatea nou-născuţilor ;
- mortinatalitatea (5,9‰) ;
- mortalitatea neonatală precoce (5,7‰);
- mortalitatea perinatală (11,5‰);
- mortalitatea maternă la 100000 nou-născuţi vii (16,6%).

Calitatea activităţii staţionarului maternităţii mai poate fi apreciată după următorii indici:

- frecvenţa complicaţiilor înregistrate la femei după naştere;
- nivelul morbidităţii şi mortalităţii parturientelor;
- frecvenţa folosirii anesteziei în timpul naşterii (între 70–80 şi 85%);
- frecvenţa efectuării operaţiilor cezariene.

Indicele mortalităţii (materne) gravidelor şi parturientelor include toate cazurile (corelate cu naşterea) de deces al gravidelor (după 28 de săptămâni de sarcină), lăuzelor şi parturientelor (în decurs de 42 de zile după naştere), indiferent de faptul unde a murit femeia – la domiciliu sau în staţionar.

Acest indice se analizează atât sub aspectul nivelului total al mortalităţii gravidelor, lăuzelor şi parturientelor, cât şi al structurii cauzelor mai frecvente ale mortalităţii, factorilor care determină aceste cauze.

Conform datelor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii indicele mortalităţii materne în ţările dezvoltate şi puţin dezvoltate este cuprins între 15–20 şi respectiv 40–100 de cazuri la 100 mii de nou-născuţi vii; în Moldova el constituie 16,6 la 100 000 de nou-născuţi vii.

Cauzele mortalităţii materne, după datele unor cercetări selective, sunt: hemoragiile (10–30%), bolile extragenitale (18–25%), gestozele tardive ale gravidităţii (15–22%); unele infecţii generale (5–12%), rupturile uterului (5–15%) etc. Analiza mortalităţii materne se efectuează după cauze obstetricale directe şi indirecte.

Nivelul cel mai scăzut al mortalității se observă la femeile sub 24 de ani. Comparativ cu această vârstă, frecvența fenomenului în cauză la femeile de 30–34 de ani e de 2 ori mai mare, de 30–39 de ani – de 4 ori. Deci, acest fenomen este corelat cu vârsta femeii.

Prin mortalitatea perinatală (de la cuvântul grecesc „peri" – împrejur, pe lângă, şi latinescul „natus" – naştere) înțelegem moartea fătului sau a nou-născutului fie în perioada după 28 de săptămâni de sarcină, masa fătului constituind 1 000 g, lungimea 35 cm şi mai mult (mortalitatea antenatală), fie în timpul naşterii (intranatală) sau în primele 168 de ore de viață a nou-născutului (neonatală precoce).

Mortalitatea perinatală în diferite țări variază între 9,1‰ (Elveția) şi 25,9‰ (Portugalia), în CSI acest indice e de 12–20‰, iar în Republica Moldova de 11,5‰.

Mortalitatea perinatală este determinată de:

a) cauze directe: asfixii – 56%, traume apărute în decursul naşterii – 12,3%, anomalii congenitale de dezvoltare–10,2%, patologii pulmonare inclusiv pneumonii –7%; maladii hemolitice –3,0%, alte cauze –10,6%.

b) cauze de bază (complicații în timpul naşterii – 18–21%; gestoze tardive ale gravidității – 16–18%; patologia ombilicului şi placentei – 10–12%, alte complicații ale gravidității – 5–6%).

Nivelul mortalității perinatale depinde de vârsta gravidei, starea sănătății femeii, de numărul de avorturi făcute, deprinderile dăunătoare (fumat, consumul alcoolului), de accesul şi calitatea serviciilor medicale prestate în perioada perinatală. Femeile care au avortat înainte de a naşte primul copil decedează de 1,5 ori mai frecvent.

Sub aspectul profilaxiei patologiei perinatale o deosebită atenție trebuie acordată depistării la timp a factorilor care favorizează acest fenomen grav. Se impun măsuri de ocrotire şi întărire a sănătății femeilor, de educație sexuală corectă începând cu vârsta copilăriei, de instruire în comportamentul femeii în perioada gravidității.

18.6. OCROTIREA SĂNĂTĂȚII COPILULUI

18.6.1. ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE COPIILOR

Asistența curativo-profilactică pentru copii este un serviciu statal, ce asigură supravegherea medicală calificată continuă a copilului începând cu momentul naşterii şi până la 18 ani. Acest sistem asigură legătura reciprocă şi succesiunea în activitatea verigilor de bază ale asistenței profilactice şi curative acordate copiilor în CMF, CS, OMF.

Aceste IMSP funcționează pe principiile generale de organizare a asistenței medicale: teritorial, dispensarizare, schimb reciproc de informație între MF şi specialiştii IMSP şi aplicarea profilaxiei în promovarea, apărarea şi refacerea sănătății, accesibilitate, succesiune, continuitate.

IMSP de asistență medicală primară în limitele activității sale asigură pentru copii:

- organizarea şi efectuarea măsurilor profilactice (supravegherea sănătății copiilor în dinamică, examenele profilactice şi dispensarizarea; vaccinarea profilactică etc.);

- asistența curativo-consultativă la domiciliu și în CMF, OMF, CS inclusiv asistența calitativă specializată, îndreptarea copiilor pentru tratament în staționar și pentru tratamentul de recuperare în sanatorii, selectarea copiilor în instituțiile de internare;
- lucrul curativo-profilactic în instituțiile preșcolare și școli;
- efectuarea măsurilor antiepidemice;
- asistența social-juridică.

Metoda de bază în activitatea instituțiilor medicale ale CMF, OMF și CS este supravegherea. Ea are drept scop păstrarea și fortificarea sănătății copiilor, dezvoltarea lor fizică și neuropsihică corectă, depistarea precoce a bolilor, tratamentul lor și prevenirea acutizărilor.

CMF în orașe constă din:
- filtru cu intrare separată și izolatoare cu boxe;
- cabinete pentru medici-specialiști și medici de familie;
- cabinet pentru lucrul profilactic cu copiii (cabinetul copilului sănătos);
- secția pentru tratamentul de recuperare;
- cabinete auxiliare (radiologic, fizioterapeutic), sală de gimnastică medicală, cabinete de masaj, de proceduri, de vaccinări, laborator, farmacie etc.;
- registratură, hol și alte încăperi auxiliare;
- servicii administrativ-gospodărești.

În organizarea măsurilor profilactice, ce țin de dezvoltarea și educarea copilului sănătos, un mare rol îi revine cabinetului copilului sănătos, în cadrul căruia activează un felcer sau o asistentă medicală cu pregătire specială pentru efectuarea lucrului profilactic cu copiii. Activitatea acestui cabinet este dirijată de către un pediatru-consultant.

Sarcinile de bază ale cabinetului copilului sănătos sunt următoarele: propagarea modului sănătos de viață în familie, instruirea părinților cu privire la educarea copilului sănătos (regimul, alimentația, educația fizică, călirea, îngrijirea); educația sanitară a părinților în privința educației igienice a copiilor, profilaxia bolilor și devierilor în dezvoltarea copilului, cunoașterea semnelor de pericol în caz de boală a copilului, alimentația la sân.

Cabinetul trebuie să fie înzestrat cu materiale metodice și ilustrative:
- un tabel de susținere și încurajare a alimentației la sân;
- un tabel al regimului pe vârste;
- un tabel-schemă a alimentației naturale și artificiale a copilului;
- expoziții privind alimentarea copiilor de vârstă fragedă;
- tabele cu indicii dezvoltării fizice și neuropsihice a preșcolarilor;
- standuri reprezentând complexe de masaj și gimnastică pentru preșcolari;
- standuri cu scheme de călire a copilului;
- expoziție de obiecte necesare la îngrijirea copilului, de haine, încălțăminte și jucării pentru diferite vârste;
- standuri cu tematică ce oglindește pregătirea copilului către frecventarea instituției preșcolare;
- recomandări metodice în problemele lucrului profilactic cu copilul sănătos.

Subunitatea structurală de bază a CMF, CS, SC (serviciului consultativ) este registratura, de a cărei activitate depinde organizarea rațională a primirii copiilor. Registratura acumulează informații despre necesitatea adresării copilului la medic și despre activitatea tuturor subunităților structurale, selectează și distribuie fișele

medicale pentru consultul în centre medicale şi la domiciliu, păstrează arhiva documentaţiei medicale.

În organizarea corectă a primirii o mare importanţă are serviciul de informaţie. Astfel, vizitatorul trebuie informat despre orele de lucru ale medicilor cu indicarea numelui acestora, orelor de primire, cabinetului.

În scopul micşorării timpului de aflare a părinţilor cu copii în IMSP de asistenţă medicală primară pentru repartizarea uniformă a vizitelor în decursul zilei se reglează fluxul de adresaţi. Medicul poate programa din timp 60% din vizite (examene medicale, dispensarizarea, reconvalescenţii). Medicii specialişti practică înscrierea în prealabil la telefon sau în registratură.

Una din particularităţile CMF, CS, SC (serviciului consultativ) pentru copii este prezenţa unei încăperi (filtrul) unde copiii care solicită asistenţă medicală sunt examinaţi preventiv de către o asistentă medicală, cu experienţă de lucru bogată, în scopul depistării bolilor contagioase. Copilul suspectat de o asemenea boală este izolat în boxă, unde va fi examinat de către specialist, prescriindu-i-se recomandările necesare.

Figura centrală în acordarea asistenţei medicale copiilor este MF şi pediatrul-consultant a cărui activitate are drept obiectiv scăderea morbidităţii şi a mortalităţii copiilor, asigurarea dezvoltării fizice şi neuropsihice bune a lor.

Repartizarea timpului de lucru pe teren se efectuează diferenţiat, în funcţie de numărul şi structura populaţiei, de sarcina medicului la primire şi pe teren.

S-a constatat că medicii de familie execută un volum de muncă considerabil (circa 30%) pe care îl poate îndeplini asistenta medicală. De aceea prezintă importanţă repartizarea judicioasă a obligaţiunilor, antrenarea în îndeplinirea lor a ajutorului principal al medicului – asistenta medicală.

Obligaţiunile asistentei medicale sunt următoarele: lucrul profilactic privind dezvoltarea şi educarea copilului sănătos; vizitarea copiilor la domiciliu pentru a executa prescripţiile medicului, a controla executarea lor de către părinţi, educarea sanitară a populaţiei, imunoprofilaxia; evidenţa lucrului după forma stabilită, majorarea cunoştinţelor profesionale. Asistenta medicală informează medicul de familie cu privire la condiţiile sociale şi de trai ale copilului, îndeplinirea prescripţiilor medicale etc.

Compartimentul de bază al activităţii MF este lucrul profilactic, inclusiv dispensarizarea copiilor după vârstă, care include următoarele compartimente:

– ***ocrotirea antenatală a fătului***, care se efectuează de către MF în comun cu obstetricianul-ginecolog – serviciul consultativ pentru femei.

Medicul de familie este informat despre gravidele din sectorul său, organizează patronajul prenatal (este efectuat de către asistenta medicală de la 28 şi 32-36 de săptămâni de sarcină a femeilor în cauză).

În această perioadă aspectul cel mai important este stabilirea legăturii dintre activitatea serviciului consultativ pentru femei şi pentru copii. Naşterea unui copil sănătos este unul dintre indicatorii eficacităţii şi calităţii profilaxiei antenatale;

– ***supravegherea în dinamică a nou-născuţilor,*** care începe cu vizita sugarului efectuată de către medicul de familie şi asistenta medicală în primele trei zile după externarea mamei şi a copilului din maternitate. Acest prim examen al copilului are drept obiectiv stabilirea particularităţilor decurgerii gravidităţii şi naşterii la mamă, ontogenezei postnatale precoce. Este raţional a se face anamneza genealogică

Sarcinile şi scopul supravegherii dinamice a nou-născuţilor includ şi instruirea mamei în probleme de igienă şi îngrijire a copilului privind educarea unui copil sănătos şi profilaxia bolilor;

– ***supravegherea medicală în decursul primului an de viaţă***, care are o importanţă decisivă pentru dezvoltarea copilului. El trebuie lunar examinat obligatoriu în perioadele decretate: de 12 – 14 ori. Medicul, trăgând concluzii privind starea sănătăţii copilului în aceste perioade, scrie epicrize pe etape, unde reflectă dezvoltarea copilului şi starea sănătăţii lui în perioada anterioară, apreciază nivelul dezvoltării lui fizice, utilizând standardele corespunzătoare, conlucrează cu asistenţa socială;

– ***supravegherea dinamică a copilului în vârstă de la 2-17 ani.*** Ea este efectuată conform standardelor MS a RM (ordinul nr.137 din 28.XII.2005) în care este indicat, că în al doilea an de viaţă copilul sănătos este examinat în fiecare trimestru, dar la 3-17 ani anual este examinat de MF. La vârsta de 3, 7, 11, 15 şi 17 ani copiii sunt examinaţi de medicii specialişti cu efectuarea investigaţiilor de laborator, determinarea stării sănătăţii copilului şi grupei de sănătate a fiecărui copil.

Starea sănătăţii copilului se estimează după următoarele criterii:

- prezenţa sau lipsa patologiei, inclusiv congenitale;
- starea funcţională a organelor şi sistemelor;
- rezistenţa şi reacţia organismului;
- armonia dezvoltării fizice şi neuropsihice;
- analiza investigaţiilor paraclinice.

Prin metode ştiinţifice au fost stabilite 5 grupe de sănătate.

Grupa I include copiii perfect sănătoşi, grupa II – copiii sănătoşi, cu premise pentru apariţia unor patologii, grupele III, IV şi V – copiii bolnavi în stare de compensare, subcompensare şi decompensare a procesului patologic. Copiii din grupa I de sănătate trebuie supravegheaţi în termene obişnuite, stabilite pentru examenele profilactice copiilor sănătoşi.

Copiii din grupa II de sănătate necesită o atenţie deosebită din partea medicului de familie şi a pediatrului, deoarece măsurile profilactice şi curative efectuate la timp şi raţional dau un efect mare în prevenirea formării patologiei cronice. Termenele de examinare a acestor copii sunt stabilite de către medic în mod individual pentru fiecare copil în conformitate cu gradul de risc în formarea patologiei cronice, prezenţa devierilor funcţionale şi gradul de rezistenţă.

Copiii frecvent bolnavi şi cei care au fost bolnavi de pneumonie acută, hepatită infecţioasă etc. fac parte din grupa II de sănătate. În perioada de reconvalescenţă ei sunt luaţi sub un control deosebit de riguros. Indicaţiile medicului în cazul lor includ nu numai măsuri profilactice de sanare şi educative (ca în cazul celor din grupa I), dar şi măsuri curativo-profilactice speciale. Măsurile curative de sanare şi de ameliorare a stării de sănătate a copiilor din grupa II de sănătate sunt prescrise de pediatru sau de medicul de familie împreună cu medicii specialişti.

Copiii grupelor III, IV şi V de sănătate se află în evidenţă de dispensar la pediatru sau la medicul de familie şi la specialiştii corespunzători şi necesită tratament în funcţie de patologia pe care o au.

Un compartiment important al activităţii profilactice în domeniul pediatriei este pregătirea copiilor către frecventarea instituţiilor preşcolare şi şcolare. Acest lucru este efectuat de către medicul de familie, pediatrul-consultant, asistenta medicală sau asistenta medicală a cabinetului copilului sănătos.

În condițiile specializării asistenței extraspitalicești, rolul primordial în depistarea la timp a bolilor, tratamentul și la necesitate îndreptarea copiilor la specialiști le aparține MF. Lor le revin sarcini deosebit de importante cum sunt stabilirea corectă a stării bolnavului, acordarea asistenței curative, necesare de laborator etc.

Medicul de familie vizitează copiii bolnavi la domiciliu, îi supraveghează sistematic, organizează consultația specialiștilor, asigură supravegherea copiilor până la însănătoșire.

În funcție de gravitatea stării copilului bolnav, vârstă, condițiile de trai ale acestuia, MF decide dacă tratamentul se va efectua în staționarul de zi, la domiciliu, în secția consultativă sau în staționar. În caz de pneumonie, boli intestinale acute copiii, mai ales cei de vârstă fragedă, vor fi maximal internați.

În timpul vizitei la domiciliu medicul prescrie indicații privind tratamentul, alimentația, îngrijirea, regimul copilului.

Când tratamentul este ineficient și starea copilului se agravează, medicul de familie decide spitalizarea bolnavului. În biletul de trimitere a copilului în staționar trebuie indicat diagnosticul, durata și evoluția bolii, gravitatea stării, investigațiile, tratamentul urmat de copil, particularitățile sale individuale, contactul cu bolnavi contagioși.

Dacă spitalizarea este imposibilă dintr-o cauză oarecare (lipsa de locuri în staționar, carantină, refuzul părinților etc.), se organizează staționar de zi la domiciliu. În acest caz copilul este vizitat zilnic de către medic și asistenta medicală, lui i se aplică un tratament complex, investigații diagnostice și de laborator în corespundere cu gravitatea și caracterul bolii. Asistenta execută toate indicațiile medicului, controlează respectarea de către părinți a prescripțiilor făcute de acesta. Șeful de secție al CMF, medicul de familie efectuează controlul organizării tratamentului bolnavilor la domiciliu și, la necesitate, organizează asistență consultativă.

În afară de tratamentul bolnavilor acuți, pediatrul, MF se ocupă cu sanarea copiilor cu devieri de dezvoltare fizică, celor cu boli cronice.

Un compartiment important al activității MF și asistentei medicale este educația pentru sănătate a părinților și copiilor. Circa 30–40% din tot timpul de lucru al medicului revine documentației, cumulării și analizei informației. Documentul principal pe care-l întocmește medicul este „Carnetul de dezvoltare a copilului (formularul nr. 112/e"; prescripțiile, adeverințele, alte documente le completează asistenta medicală sub controlul medicului. Utilizarea formularelor standard tipărite sau clișate, diferitor îndreptări, certificate, rețete reduce considerabil timpul necesar lucrului cu documentația.

În activitatea sa profesională pediatrul, medicul de familie utilizează următoarele documente:

- „Carnet de dezvoltare a copilului" (formularul nr. 112/e);
- „Registrul de supraveghere a dispensarizării bolnavilor" (formularul nr. 30/u);
- „Registrul de evidență a chemării medicului la domiciliu pentru copii" (formularul nr. 031/e);
- „Fișa vaccinărilor profilactice" (formularul nr. 063/e);
- „Lista de evidență a primirilor la CMF, CS" (formularul nr. 039).

Completând documentele de evidență enumerate mai sus, medicul totalizează și analizează lucrul efectuat în fiecare lună, trimestru, an. Analiza include caracteristica sectorului pe care-l deservește, ponderea copiilor care frecventează instituțiile preșcolare și școlile, caracteristica social-igienică a condițiilor de trai

ale copiilor. Se efectuează analiza stării de sănătate a copiilor. Sunt delimitate următoarele contingente de copii: nou-născuții (patronajul antenatal, supravegherea nou-născuților în primele 3 zile după externarea din maternitate); copiii sub un an (supravegherea regulată); copiii sub 2 ani (numărul mediu de vizite la CMF, CS, vizitele la domiciliu etc.).

Sistematic se va analiza îndeplinirea planului de lucru curativ şi profilactic cu copiii de toate grupele de sănătate: luarea la timp în evidența de dispensarizare, supravegherea medicală regulată, efectuarea măsurilor curative şi de sanare, ponderea copiilor transferați dintr-o grupă de sănătate în alta, ponderea copiilor la care nu s-au observat acutizări ale bolilor.

Medicul de familie va efectua toate măsurile de profilaxie şi tratament până la apariția necesității intervenirii medicului specialist.

Medicii specialişti consultă şi tratează copiii de pe teritoriul deservit conform unui grafic special. Sarcinile de bază ale lor sunt: organizarea şi efectuarea tratamentelor curative şi vizitelor consultative ale copiilor bolnavi, participarea la dispensarizarea copiilor sănătoşi şi celor bolnavi, efectuarea măsurilor de majorare a calificării profesionale a medicilor de familie.

Un rol aparte revine şefului CMF, CS (sau serviciului consultativ). El este organizator, metodist, clinician: participă la selectarea cadrelor medicale, conduce şi controlează lucrul curativo-profilactic şi de educație sanitară efectuat de medicii din secție, controlează îndeplinirea planurilor şi graficelor de lucru ale medicilor, consultă bolnavii în instituția medicală şi la domiciliu, prescrie tratamente, asigură spitalizarea la timp a copiilor bolnavi, prescrie tratamente sanatoriale, vizează deciziile medicale pentru copiii-invalizi din copilărie, controlează argumentarea eliberării certificatelor de concediu medical pentru îngrijirea copiilor bolnavi.

Şeful IMSP de asistență medicală primară asigură şi efectuează măsuri privind ridicarea calificării medicilor şi personalului medical mediu, instruieşte medicii şi asistentele medicale neexperimentate, informează colaboratorii secției despre ordinele, indicațiile metodice, dispozițiile organelor de resort şi urmăreşte îndeplinirea lor. Un compartiment important al activității sale este analiza rezultatelor examenelor medicale anuale ale copiilor şi a indicilor principali ai activității secției.

Un obiectiv al activității şefului de secție este sporirea responsabilității personalului medical pentru munca efectuată.

18.6.2. ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE ÎN COLECTIVITĂȚILE DE COPII

Asistența curativo-profilactică acordată copiilor în instituțiile preşcolare şi în şcoli este supravegheată de CMF, CS.

Starea sanitară a încăperilor de aflare a preşcolarilor şi elevilor este controlată de către asistentele medicale care au grijă ca cerințele şi normativele sanitare speciale să fie respectate.

O mare atenție trebuie acordată organizării şi respectării regimului zilei în instituțiile pentru copii, în funcție de vârsta şi starea sănătății copiilor.

În grupele şi şcolile cu regim semiintern copiii se află o bună parte a timpului, ceea ce impune în fața şcolii sarcina de organizare a odihnei, plimbării la aer liber, a somnului de zi pentru clasele mici şi copiii slăbiți, educației fizice, alimentării şi pregătirii temelor pentru acasă la şcoală.

La alcătuirea regimului zilei trebuie de ţinut cont de faptul ca gradul efortului mintal şi fizic să corespundă vârstei copiilor.

În timpul lecţiilor şi meditaţiilor este necesar de a respecta poziţia la birou, în bancă şi cerinţele de aerisire şi iluminare a încăperilor.

Organizarea alimentaţiei, de asemenea, impune un control medical permanent, pentru ca ea să corespundă vârstei cantitativ şi cât priveşte ingredientele nutritive principale. Administraţia şcolii şi lucrătorii medicali trebuie să asigure elevii cu mâncare caldă bogată în proteine, cu legume şi fructe.

Lucrătorii medicali controlează sistematic organizarea alimentaţiei copiilor, participă la alcătuirea meniului raţional, urmăresc îndeplinirea lui, controlează calitatea produselor destinate copiilor, condiţiile de păstrare a lor şi respectarea procesului tehnologic de pregătire a bucatelor, verifică sortimentul produselor.

În instituţiile preşcolare şi şcolare trebuie create condiţii pentru dezvoltarea fizică corectă şi educarea copiilor conform cerinţelor de vârstă şi grupelor de sănătate.

Pentru dezvoltarea fizică corectă a şcolarilor o condiţie importantă este efectuarea controlului medical. Controlul medical include:

– supravegherea în dinamică, sistematică a sănătăţii şi dezvoltării fizice şi psihice a copiilor. Conform datelor controlului medical se stabileşte dacă elevul poate frecventa lecţiile de cultură fizică, practica sportul, participa la competiţiile sportive şi de turism sau toate acestea îi sunt contraindicate;
– supravegherea medico-pedagogică a lecţiilor de cultură fizică, pauzelor, competiţiilor, lecţiilor de antrenament;
– supravegherea sanitaro-igienică a localurilor şi condiţiilor în care se desfăşoară lecţiile de cultură fizică şi sport;
– educaţia pentru copii în problemele culturii fizice;
– profilaxia traumelor şi acordarea primului ajutor celor accidentaţi.

Conform gradului dezvoltării fizice elevii sunt repartizaţi în 3 grupe: de bază, pregătitoare şi specială.

Organizarea supravegherii de dispensar şi efectuarea măsurilor curative şi de sanare – sunt sarcini dintre cele mai importante ale lucrătorilor medicali în colectivităţile de copii. Toate informaţiile privind starea sănătăţii copilului – dezvoltarea lui fizică şi neuropsihică, prescripţiile (regim, alimentaţie, măsuri de sanare) se notează în „Carnet de dezvoltare a copilului". Termenele de examinare a copiilor în instituţiile preşcolare şi cele şcolare diferă în funcţie de vârstă. Examenul medical al copiilor include antropometria, investigaţiile de laborator necesare, testarea acuităţii vizuale, auzului, probele funcţionale ale sistemului cardiovascular.

Principiile de organizare a examenelor medicale în masă asigură sporirea eficacităţii controlului medical, contribuie la ridicarea rolului personalului medical mediu în controlul stării sănătăţii copiilor, efectuarea pe scară largă a măsurilor curativo-profilactice destinate copiilor cu devieri în sănătate. Toţi copiii cu devieri în dezvoltarea fizică şi în starea de sănătate sunt luaţi în evidenţă de dispensar completându-se „Registrul supravegherii dispensarizării" (formularul nr. 030/e). În afară de lucrătorul medical al şcolii (grădiniţei), aceşti copii sunt supravegheaţi medical şi de către medicii-specialişti. Lucrătorii medicali ai instituţiilor preşcolare şi şcolare şi ai CMF, CS, serviciului consultativ pentru copii trebuie să asigure tratamentul conservator al copiilor cu afecţiuni cronice, sanarea dinţilor, practicarea culturii fizice medicale.

În comun cu administrația, pedagogii și lucrătorii medicali întocmesc planul complex al măsurilor curativo-profilactice, care prevede organizarea unui regim rațional de studii și muncă, respectarea cerințelor sanitaro-igienice.

Personalul medical de la instituțiile preșcolare și școlare propagă cunoștințele medicale și pedagogice printre părinți în problemele educației fizice a copiilor, diminuarea ratei morbidității, formarea modului sănătos de viață și educarea sexuală a adolescenților.

18.6.3. ORGANIZAREA ASISTENȚEI SPITALICEȘTI SPECIALIZATE COPIILOR

Spitalele pentru copii se deosebesc după profil (de profil larg și specializate), după sistemul de organizare (neasociate), după volumul activității (capacitatea de paturi diferită).

În componența sa spitalul pentru copii are următoarele subunități:

1. secția de internare și externare a bolnavilor;
2. secțiile clinice, care se formează după profil, acestea, la rândul lor – după vârstă, iar după 3 ani – și după sex;
3. secțiile de diagnosticare și laboratoare;
4. secția anatomopatologică;
5. serviciul administrativ-gospodăresc (*figura 68*).

Figura 68. **Structura spitalului pentru copii**

Organizarea rațională a asistenței spitalicești și utilizarea efectivă a fondului de paturi depind de sistemul de spitalizare a bolnavilor.

În legătură cu specializarea şi diferenţierea asistenţei spitaliceşti o importanţă deosebită capătă îndreptarea copilului bolnav în staţionar exact după indicaţie, ţinând cont de caracterul bolii.

18.6.3.1. ORGANIZAREA ACTIVITĂŢII SECŢIEI DE INTERNARE

Secţia de internare a bolnavilor şi externare a celor sănătoşi efectuează: examenul medical, diagnosticarea primară, izolarea bolnavilor contagioşi, acordarea primului ajutor, prelucrarea sanitară, serviciul de informare.

Încăperile acestei secţii sunt dezinfectate după fiecare copil bolnav. Aici copilul este examinat minuţios şi apoi transferat în secţia corespunzătoare fiind însoţit de un lucrător al secţiei de internare. Medicul secţiei de internare înscrie în „Fişa medicală a bolnavului de staţionar" (formularul nr. 003-e) anamneza, datele investigaţiilor de laborator, diagnosticul, indicaţiile (regimul, alimentaţia şi tratamentul). Un rol important îi revine secţiei respective în acordarea asistenţei urgente copilului transportat în stare gravă. Aici începe lupta pentru viaţa copilului. Pentru aceasta trebuie să existe utilajele şi materialele necesare acordării primului ajutor.

Saloane de terapie intensivă sunt organizate în toate secţiile pentru copii cu pneumonii acute şi în secţiile pentru nou-născuţi şi copiii prematuri. Numărul de paturi în aceste saloane alcătuieşte aproximativ 4–5% din totalul de paturi ale staţionarului pediatric. În unele spitale există o secţie aparte de terapie intensivă. Activitatea ei este eficace numai cu condiţia legăturii strânse cu toate secţiile de profil pediatric.

La internarea copilului în staţionar sunt necesare: certificatul despre contactul copilului cu bolnavi contagioşi, extrasul din „Carnetul de dezvoltare a copilului" (formularul nr. 122/e), cu indicarea diagnosticului şi datelor anamnestice. Asistenta medicală din secţia de internare completează partea paşaportală a „Fişei medicale a bolnavului de staţionar" (formularul nr. 003/e) şi înscrie datele în Registrul de evidenţă a internărilor (formularul nr. 002/e) a bolnavilor. În cazul renunţării la internare, medicul acordă copilului ajutorul medical necesar şi face însemnările corespunzătoare în registrul indicat despre cauzele renunţării la spitalizare şi măsurile întreprinse.

Bolnavul este externat din spital în caz de vindecare completă, sau când este transferat într-o IMSP de alt profil şi atunci când copilul poate urma tratamentul în condiţii de ambulatoriu.

La externare, persoanei în cauză i se înmânează un extras din „Fişa medicală a bolnavului de staţionar" (formularul nr. 003/e) unde se fac prescripţii privitoare la tratamentul, alimentaţia şi regimul din perioada de reconvalescenţă şi după ea şi se completează „Fişa statistică a persoanei externate (decedate) din staţionar" (formularul nr. 066/e).

După externarea copilului, fişa medicală a bolnavului de staţionar, vizată de către şeful secţiei, se păstrează în arhiva medicală a spitalului.

Personalul secţiei de internare este informat de asistentele medicale superioare ale secţiilor clinice cu privire la numărul de locuri libere din fiecare secţie.

Tot în secţia de internare părinţii află care este starea copilului.

18.6.3.2. ORGANIZAREA ACTIVITĂŢII SECŢIILOR CLINICE ALE SPITALULUI

Una din particularităţile de construcţie a secţiilor spitalului pentru copii decurge din necesitatea efectuării măsurilor contra răspândirii infecţiilor intraspitaliceşti. Ca urmare, fiecare secţie este formată din secţiuni care la necesitate pot fi separate şi funcţionează de sine stătător. Saloanele pentru copii sub 1 an sunt boxate, având 1–2 paturi, iar cele pentru copii mai mari au cel mult 3 paturi.

Secţiile specializate trebuie să permită utilizarea cât mai efectivă a cadrelor, tehnicii, precum şi a serviciilor auxiliare. Înzestrarea şi structura fiecărei secţii trebuie să corespundă cerinţelor regimului de vârstă şi stării clinice a copilului.

Secţiile pentru nou-născuţi şi prematuri sunt izolate de alte secţii şi servicii ale spitalului. În cadrul lor funcţionează în mod obligatoriu un salon de terapie intensivă, cabinete de proceduri fizioterapeutice, saloane pentru mame şi pentru colectarea laptelui de la mame şi prelucrarea lui.

Secţiile pentru copii trebuie să fie boxate pentru 1–3 paturi. În boxe sunt instalate pătucuri de dimensiuni corespunzătoare vârstei copiilor, cu noptiere individuale, cântar medical şi alte lucruri pentru îngrijire. Copiii sunt repartizaţi în boxe după vârstă (în zile) şi caracterul bolii. Ele se completează în mod ciclic.

Temperatura, atât în saloane, cât şi în boxe, trebuie menţinută la nivelul de 22–24°, umiditatea aerului – 60%. Saloanele se aerisesc nu mai rar de 6 ori pe zi. În scopul profilaxiei infecţiilor intraspitaliceşti se impune un complex de măsuri sanitaro-antiepidemice, inclusiv profilarea strictă a boxelor conform maladiilor existente, spitalizarea ţinând cont de termenul bolii şi de starea bolnavilor transportaţi din maternităţi şi alte instituţii medicale, depistarea la timp a purtătorilor de agenţi patogeni şi sanarea lor; utilizarea metodelor efective de dezinfectare a mâinilor personalului medical, pasteurizarea laptelui; organizarea sterilizării centralizate a albiturilor etc.

Copiii în vârstă de la 1 lună până la 3 ani sunt spitalizaţi împreună cu mamele. În secţia de internare ei sunt examinaţi, fac baie, îşi schimbă îmbrăcămintea, sunt instruiţi. În secţie se organizează cicluri de informare şi educaţie a mamelor pe probleme de dezvoltare a copilului. În secţie mamele ajută personalul medical pentru menţinerea ordinii şi supravegherii copiilor spitalizaţi singuri.

Saloanele se completează în aşa fel ca bolnavii nou-născuţi să nu nimerească în aceleaşi încăperi cu copii convalescenţi. În toate secţiile sunt prevăzute camere pentru jocuri.

În secţiile, unde sunt spitalizaţi copii de vârstă mare, sunt prevăzute încăperi pentru sufragerie, jocuri, camere pentru ocupaţiile şcolarilor. Aceasta are o importanţă deosebită în secţiile unde termenele de spitalizare sunt îndelungate.

Spitalele mari dispun de secţii specializate centralizate de diagnostic funcţional.

Copilul spitalizat se află sub supravegherea medicului-ordinator, care examinează bolnavul, stabileşte diagnosticul şi prescrie tratamentul. A doua zi după internare el este examinat de către şeful secţiei şi medicul-ordinator. În decursul primelor 2 zile copilului i se efectuează investigaţiile clinice necesare. Datele examinării, argumentarea diagnosticului, prescrierile privind medicaţia (formularul nr. 003/e), dieta şi regimul necesar se înscriu în „Fişa medicală a bolnavului de staţionar". În caz de evoluţie gravă a bolii sau de diagnostic complicat şeful secţiei împreună cu medicul-ordinator organizează consultaţii ale specialiştilor ori consilii consultative.

În secţie bolnavul este asigurat cu toate cele necesare pentru un tratament cu succes: medicamente, îngrijiri, respectarea regimului (somn suficient, alimentaţie în corespundere cu starea sănătăţii şi vârsta). Pentru preşcolari sunt organizate ocupaţii, jocuri, iar pentru şcolari – ocupaţii cu psihologul. Copiii cu boli grave, indiferent de vârstă, necesită un regim individualizat. În fişa medicală medicul indică regimul recomandat copilului, iar asistenta medicală trebuie să urmărească îndeplinirea prescripţiilor.

O influenţă pozitivă asupra evoluţiei bolii are starea emoţională a copilului, de aceea este necesară munca educativă cu copiii.

Medicul-ordinator îşi începe activitatea de fiece zi cu clarificarea dinamicii în starea sănătăţii copiilor în decursul a 24 de ore, examinează bolnavii gravi şi nou-născuţii, controlează procedurile efectuate, reacţiile copilului la tratament, observă particularităţile comportamentului copiilor (somnul, dispoziţia, pofta de mâncare, joaca etc.), întocmeşte fişa medicală a bolnavului de staţionar, coordonează activitatea asistentelor medicale şi infirmierelor, efectuează măsuri de educaţie pentru sănătate, informează şeful secţiei despre bolnavii gravi, execută servicii pe spital, perfectează documentaţia pacienţilor externaţi şi bolnavilor transferaţi etc.

În organizarea corectă a îngrijirii copilului bolnav o importanţă esenţială are amenajarea şi echiparea locului de activitate al asistentei medicale cu masă şi dulapuri pentru păstrarea documentaţiei medicale, medicamentelor şi obiectelor de îngrijire.

În organizarea corectă a activităţii personalului medical are o mare importanţă orarul de lucru al asistentelor medicale şi al infirmierelor. Aceste orare se întocmesc în aşa mod ca să fie asigurată supravegherea neîntreruptă a copiilor bolnavi de una şi aceeaşi asistentă. Cel mai raţional este lucrul în trei schimburi, când ziua e de gardă una şi aceeaşi asistentă, iar noaptea în schimburi. Asistenta care predă şi cea care primeşte schimbul vizitează toate saloanele, oprindu-se obligator lângă patul bolnavilor gravi pentru a se informa de stare lor. Predarea schimbului de noapte se efectuează în prezenţa asistentei medicale superioare. Depistarea cazurilor de risc de abandon al copilului şi problemelor sociale în familie.

Asistenta medicală superioară este ajutorul principal al şefului de secţie. Este responsabilă pentru organizarea lucrului în secţie şi supraveghează activitatea personalului medical mediu şi inferior. În afară de aceasta, aprovizionează permanent secţia cu medicamente, lenjerie, materiale pentru pansament, utilaj medical şi efectuează controlul asupra utilizării lui raţionale. Ea controlează respectarea regimului sanitaro-igienic şi curativ în secţie.

Asistenta superioară este responsabilă pentru efectuarea la timp a consultaţiilor specialiştilor conform indicaţiilor şefului de secţie, stabileşte legături cu alte secţii ale spitalului, creează un climat psihologic favorabil în colectiv.

Managerul activităţii personalului în staţionar este şeful de secţie, postul căruia este prevăzut la 60 de paturi spitaliceşti, iar în secţiile unde numărul de paturi e mai mic de 60, şeful de secţie are în grija sa şi 10 bolnavi.

Funcţia de bază a şefului de secţie este dirijarea şi controlul măsurilor profilactice, curative, diagnostice şi a activităţii ştiinţifice în secţie, depistarea problemelor medico-sociale, legate de violenţă, ignorarea copilului în familie. În acest scop el vizitează zilnic bolnavii împreună cu medicii-ordinatori, verifică diagnosticul, argumentarea investigaţiilor şi metodelor de tratament, consultă medicii ordinatori, asistă la autopsiile copiilor decedaţi, analizează împreună cu medicii ordinatori ca-

zurile de diagnostic eronat, controlează şi vizează documentaţia medicală, asigură reciclarea medicilor-ordinatori şi a asistentelor medicale, consultă copii bolnavi din alte secţii etc.

Este important, de asemenea, lucrul cu părinţii, în acest scop fiind rezervate ore speciale pentru primire. Vizitele lor vor fi programate în a doua jumătate a zilei, de 2 ori pe săptămână – în aceleaşi zile când părinţii discută cu ordinatorii şi cu şeful secţiei (în cazuri complicate).

Şeful secţiei analizează şi apreciază eficacitatea activităţii secţiei şi întocmeşte un raport despre munca în decurs de un an.

18.6.3.3. INDICII ACTIVITĂŢII SPITALULUI PENTRU COPII

La analiza şi aprecierea activităţii instituţiilor medico-sanitare pentru copii sunt utilizate datele documentaţiei medicale operative şi de evidenţă.

Majoritatea documentaţiei medicale primare este identică celei folosite în instituţiile curativo-profilactice pentru adulţi. Documentul despre activitatea anuală este darea de seamă (formularul nr. 31-săn.) „Darea de seamă anuală privind asistenţa medicală acordată copiilor".

Analiza activităţii serviciului consultativ pentru copii se face după aceiaşi indici ca şi la adulţi, cu excepţia unor compartimente cu particularităţi specifice: supravegherea permanentă a unui contingent determinat de copii şi a stării sănătăţii copiilor de diferite vârste.

Analiza activităţii spitalului pentru copii se efectuează pe etape după următoarele compartimente ale dării de seamă:

I. Caracteristica generală a spitalului şi a subdiviziunilor lui structurale.

Indicatorii activităţii CMF, CS (pentru copii):

a) Indici de ordin general:

1. Asigurarea copiilor cu asistenţă medicală de ambulatoriu (frecvenţe 2,8).
2. Respectarea principiului de sector în cadrul serviciului consultativ – 85% şi pe teren – 95%.
3. Marja medicului de familie în instituţia medicală (4 bolnavi în oră) şi la domiciliu (2 bolnavi în oră).
4. Rata supravegherii prin patronaj antenatal (95%).
5. Rata luării în evidenţă în primele 3 zile după externarea din maternitate (98%).
6. Supravegherea sistematică a copiilor sub 1 an (10 -11 ori).
7. Supravegherea copiilor sub 1 an de către medicul de familie (99,9%).
8. Cuprinderea copiilor până la 18 ani cu examene profilactice (88,3).
9. Proporţia copiilor până la 18 ani depistaţi cu scolioză sau acuitate auditivă şi vizuală scăzută.
10. Mortalitatea infantilă (11,8‰).
11. Mortalitatea copiilor sub 5 ani (15‰).
12. Rata copiilor trecuţi la alimentaţie artificială în primele 4 luni de viaţă.
13. Rata copiilor bolnavi de rahitism şi hipotrofie.
14. Rata copiilor alimentaţi exclusiv la sân până la 6 luni.

b) Indici calitativi:

1. Nivelul incidenţei şi prevalenţei.
2. Rata diversibilităţii diagnosticului din IMSP şi clinic.

5. Indicatorii mortalității infantile, inclusiv la domiciliu.
6. Indicatorii invalidizării.
7. Rata imunoprofilaxiei.

Indicatorii activității staționarului:
a) Indicii activității unui pat:
1. Numărul mediu de funcționare a 1 pat pe an (280 de zile).
2. Îndeplinirea planului de zile-pat.
3. Rulajul unui pat (23 bolnavi).
4. Durata medie de internare în spital (8,3 zile).

b) Indici calitativi:
1. Rezultatul tratamentului (însănătoșire, înrăutățire, fără schimbări).
2. Letalitatea spitalicească (0,4%).
3. Infecția intraspitalicească.
4. Complicații după tratament.
5. Rata diversibilității diagnosticului clinic și patomorfologic.
6. Spitalizări repetate.

Indicii activității medicale în grădinițele de copii, școli

Utilizând datele dărilor de seamă nr. 1, nr. 31 precum și datele examenelor profilactice se calculează indicii principali:
1. Îndeplinirea planului de imunizare.
2. Frecvența bolilor depistate.
3. Ponderea copiilor de grupele de sănătate I, II, III.

Indicii de mai sus nu reflectă pe deplin nivelul, calitatea și eficacitatea asistenței medicale acordate copiilor. Se caută indici optimi noi, ce ar permite caracterizarea mai elocventă a activității personalului medical din instituțiile pentru copii.

18.6.4. PARTICULARITĂȚILE ORGANIZĂRII ASISTENȚEI MEDICALE FEMEILOR ȘI COPIILOR ÎN LOCALITĂȚILE RURALE

Organizarea asistenței medicale femeilor și copiilor din localitățile rurale se efectuează după aceleași principii ca și în localitățile urbane. Ținând cont însă de particularitățile condițiilor de viață rurale, ale muncii părinților, femeilor, asistența curativo-profilactică femeilor și copiilor se acordă în 4 etape. La etapa I medicul de familie din CMF, CS, oficiile medicilor de familie (OMF) acordă asistență curativă (primul ajutor, ajutor medical), profilactică și sanitaro-antiepidemică. La etapa a II-a acordă asistență calificată specializată mai cu seamă medicul-pediatru, conform specialităților de bază. La etapa a III-a se asigură asistență calificată și specializată, iar la etapa a IV-a – asistență înalt calificată și îngust specializată.

Instituția principală în ocrotirea sănătății femeilor și copiilor la etapa I este CMF, care împreună cu creșele, grădinițele de copii și școlile alcătuiesc rețeaua medico-sanitară rurală respectivă.

Această rețea apropie considerabil acordarea primului ajutor medical de populația rurală, favorizează supravegherea profilactică a femeilor și a copiilor la sate. Instituțiile enumerate sunt unitățile primare și cele mai de masă, care acordă asistență medicală femeilor și copiilor la sate.

Medicul de familie, conform unui grafic special, vizitează CS, OMF pentru efectuarea consultațiilor. Populația trebuie avertizată din timp despre vizitele preconizate.

Obligațiile de bază ale medicului de familie responsabil de acordarea asistenței medicale femeilor și copiilor din localitățile rurale sunt următoarele:

- supravegherea profilactică neîntreruptă a gravidelor și copiilor în satele patronate de CMF, CS;
- efectuarea examenelor medicale periodice ale gravidelor și a copiilor sub 1 an;
- depistarea activă pe teren a femeilor și a copiilor bolnavi, precum și a celor din grupul de „risc". Luarea lor în evidență de dispensarizare în scopul supravegherii regulate și asanării;
- organizarea vaccinării profilactice a copiilor;
- studierea permanentă a aspectelor sociale ale vieții gravidelor și copiilor și contribuția la înlăturarea factorilor ce acționează nefavorabil asupra sănătății femeilor și copiilor;
- controlul activității punctelor medicale în problemele asigurării medico-sanitare, precum și acordarea ajutorului metodic și organizatoric necesar;
- educația pentru sănătate a populației pe problemele ocrotirii sănătății femeilor și copiilor, planificării familiei, formării modului sănătos de viață.

Ajutorul medicului de familie este asistenta de patronaj (moașa) care lucrează sub controlul nemijlocit al lui. Asistenta medicală (moașa) efectuează patronajul gravidelor, inclusiv în perioada antenatală, patronajul copiilor sănătoși, vizitează femeile și copiii bolnavi la domiciliu și îndeplinește prescripțiile medicului, ajută medicul în timpul examenului medical al femeilor și copiilor, efectuează educația pentru sănătate, controlul medical curent al obiectivelor de pe sector.

În scopul îmbunătățirii organizării asistenței medicale acordate femeilor și copiilor de la sate, la CMF, CS sunt invitați pentru a oferi consultații conform unui grafic special obstetricienii-ginecologi și pediatrii din spitalul raional. Despre sosirea lor populația este informată în prealabil. Ei împreună cu medicul de familie asigură:

- examenul profilactic al femeilor și al copiilor, vizitează femeile și copiii din grupul de risc la domiciliu, în caz că nu s-au prezentat la CMF;
- patronarea în comun a nou-născuților, copiilor născuți în nașteri complicate și în urma sarcinilor patologice, celor cu devieri în dezvoltare;
- supravegherea femeilor și copiilor bolnavi aflați în evidență;
- consultația bolnavilor gravi în staționar și la domiciliu și, în caz de necesitate, transferarea lor în spital;
- vizitarea instituțiilor preșcolare și a copiilor de pe teritoriul sectorului;
- controlul îndeplinirii obligațiunilor anterioare;
- educația pentru sănătate și propagarea modului sănătos de viață în rândurile populației.

Asistența curativo-profilactică extraspitalicească și de staționar a femeilor și copiilor din localitățile rurale este asigurată de către serviciile din sectorul de asistență medicală primară și sectorul spitalicesc care constituie unitățile principale de acordare a asistenței medicale calificate specializate și de efectuare a consultațiilor în activitatea organizatorico-metodică.

Dirijarea asistenței curativo-profilactice acordate femeilor și copiilor în localitățile rurale este realizată de prim-adjunctul medicului-șef al raionului, specia-

listul principal în asistenţa medicală mamei şi copilului. Ei sunt responsabili de buna funcţionare a IMSP pentru femei şi copii, CMF, CS; efectuează controlul asupra succesiunii dintre instituţiile serviciului sectorial şi cel raional, care acordă asistenţă medicală femeilor şi copiilor, asupra calităţii asistenţei acordate, asupra dispensarizării copiilor bolnavi, celor cu factori de risc, asupra femeilor gravide şi bolnavelor ginecologice. Ei, de asemenea, poartă responsabilitate pentru:

- starea şi nivelul de organizare a asistenţei curativo-profilactice acordate copiilor şi femeilor;
- nivelul mortalităţii infantile;
- organizarea şi efectuarea conferinţelor şi altor măsuri în scopul majorării calificării medicilor în probleme de pediatrie, obstetrică şi ginecologie;
- aplicarea în practică a metodelor efective de tratament şi profilaxie şi formelor organizatorice avansate de lucru în asistenţa curativo-profilactică pentru femei şi copii.

Un rol deosebit în acordarea asistenţei curativo-profilactice femeilor şi copiilor de la sate revine maternităţii republicane din centrul perinatologic de nivelul III, spitalelor republicane pentru copii, instituţiilor de cercetări ştiinţifice în domeniul maternităţii şi copilăriei. Aceste instituţii constituie centre nu numai de acordare a asistenţei medicale înalt calificate femeilor şi copiilor în toate specialităţile clinice, dar şi de suport organizatorico-metodic. Colaboratorii secţiilor instituţiilor republicane studiază starea sănătăţii copiilor, analizează informaţia parvenită din toate instituţiile medicale ale republicii, organizează şi efectuează măsuri privind calificarea profesională a lucrătorilor medicali de pe teren, generalizează şi propagă formele avansate de lucru al IMSP pentru femei şi copii.

Conducerea acestor instituţii republicane analizează sistematic greşelile în acordarea asistenţei medicale copiilor, cazurile de divergenţă a diagnosticelor şi formulează concluzii pe baza dărilor de seamă ale activităţii instituţiilor sectoriale şi raionale de care se ţine cont la elaborarea măsurilor de perfecţionare a asistenţei medicale acordate femeilor şi copiilor pe teren.

Un mare rol sub acest aspect le revine direcţiei „Sănătatea femeii şi copilului", obstetricianului-ginecolog şi pediatrului principal ai Ministerului Sănătăţii al republicii. Ei studiază starea sănătăţii femeilor şi copiilor, elaborează planuri şi măsuri de majorare a calităţii activităţii MF, obstetricienilor-ginecologi, pediatrilor şi altor specialişti din instituţiile curativo-profilactice de profil.

Obstetricianul-ginecolog şi pediatrul principal responsabili de ocrotirea sănătăţii mamei şi copilului al Ministerului Sănătăţii dirijează realizarea sistemului unic de acordare a asistenţei medicale mamei şi copilului, care prevede succesiunea, neîntreruperea şi continuitatea tuturor compartimentelor de activitate. Cu concursul acestor specialişti în practica instituţiilor medico-sanitare publice pentru femei şi copii sunt aplicate noi metode de profilaxie şi tratament menite să contribuie la ameliorarea calităţii asistenţei medicale acordate femeilor şi copiilor din localităţile rurale.

SĂNĂTATEA ŞI PATOLOGIA FAMILIEI

19.1. SCURT ISTORIC

Evoluţia familiei de-a lungul istoriei s-a suprapus evoluţiei societăţii, răspunzând, prin funcţiile de protecţie sau de socializare, necesităţilor şi împrejurărilor timpului. Ceea ce astăzi numim o familie obişnuită, adică soţul, soţia, doi sau trei copii, trăind într-o casă separată, cu averea lor şi având la bază dragostea reciprocă, a constituit o excepţie în trecut.

În Evul Mediu era răspândit tipul de *familie deschisă* (în unele regiuni acest tip de familie a fost prezent până în secolul al XIX-lea), ce reprezenta un grup mare înrudit. Părinţii, copiii lor, care erau deja căsătoriţi şi aveau şi copii, locuiau cu toţii într-o singură casă şi munceau în aceeaşi gospodărie. Un cuplu cu copii era numai un grup restrâns din cadrul familiei, iar relaţiile în interiorul acestui grup erau mai strânse decât relaţiile cu ceilalţi membri ai familiei mari. Solidaritatea dintre rude a contribuit la desfăşurarea în linişte a muncii şi la înlăturarea oricăror jafuri sau atacuri. Uneori familiile mari constituiau o prezenţă efemeră.

În secolul al XVI-lea (în unele regiuni mai târziu) a apărut *familia patriarhală*. Aceasta consta din bărbat, femeie şi copii, delimitându-se astfel de lumea exterioară şi constituia cărămida societăţii: „*pater familias*" purta responsabilitatea faţă de biserică şi stat. Într-o familie patriarhală bărbaţii dispuneau de puteri sporite în faţa femeii, căci după căsătorie femeile erau nevoite să accepte numele de familie al soţului şi locul de casă, pe care îl alegea cel din urmă. Statutul femeii era dependent de anumite circumstanţe. Cel mai greu era năpăstuită tânăra soţie până la naşterea primului copil, căci era obligată să dea ascultare rudelor mai în vârstă şi să muncească. Dacă era o mamă grijulie faţă de copii, femeii i se recunoşteau anumite drepturi. Devenind bunică, aceasta se bucura de privilegii speciale şi chiar putea pune bazele unui matriarhat, adică unele femei în vârstă fumau pipă şi călăreau caii alături de bărbaţi.

În această perioada religia creştină respinge poligamia şi subliniază rolul deosebit al familiei monogame, adică un bărbat şi o femeie, legaţi pentru totdeauna prin taina sfintei căsătorii. Mai târziu, modelul familiei monogame a fost acceptat şi de către adepţii altor religii, ca de exemplu cea islamică şi cea iudaică.

În secolul al XVII-lea a apărut *familia afectivă*. Relaţiile reciproce şi calităţile acestora capătă un accent central în plus. Astfel sentimentul de dragoste începe a deveni mult mai valoros prin sine însuşi, iar relaţiile dintre îndrăgostiţi – mai sentimentale. Aceste valori, însă, devin standarde de viaţă abia în secolul al XX-lea, când dominaţia de tip patriarhal a bărbaţilor a fost înlocuită cu ideea de cavaler, care oferea protecţia masculină asupra „jumătăţii fragile" şi loialitatea faţă de „doamna

inimii sale". Comportamentul rafinat al tinerelor şi abilitatea lor de a transforma casa într-un cuib de familie fericit erau la mare preţ. În timpul liber cuplurile tinere se intâlneau mai mult cu prietenii decât cu rudele şi mergeau la filme, în excursii, la plimbare.

Grija familiei pentru copii creşte, şi odată cu ea sporesc şi costurile de creştere ale unui copil. Mica familie îşi câştigase independenţa, iar principalul său scop nu mai era perpetuarea familiei soţului, ci „fericirea familiei" şi „buna creştere a copiilor".

Conform concepţiei lui Woude, familia secolului al XX-lea poate fi numită *familia post-industrială,* care se realizează pe sine. Centrală în cadrul acesteia este autorealizarea individului la care familia are o contribuţie. Bărbaţii trebuie să-şi găsească mai întâi un loc de muncă adecvat şi apoi să aştepte ca să câştige destul pentru a-şi construi o casă şi a-şi susţine propria familie, iar soţiile au dreptul să muncească pentru a susţine bugetul familiei.

După anii '60 ai secolului al XX-lea, graţie ascensiunii accelerate a muncii salariate feminine, în literatura despre sociologia familiei apare un fenomen social nou şi o nouă noţiune – *familia cu dublă carieră.* Ambii membri (soţul şi soţia) ai unui asemenea cuplu dispun de un statut profesional propriu şi îşi desfăşoară activităţi compatibile din punctul de vedere al nivelului diplomei, al responsabilităţii şi gradului de angajare profesională. În astfel de familii exercitarea profesiei poate impune o viaţă separată a soţilor, care dispun de două locuinţe în localităţi diferite şi care se întâlnesc la intervale de timp relativ mari. Avantajul acestui tip de familie este starea materială bună.

Referitor la noţiunea de familie, discuţiile sunt tot mai ample şi uneori cu unele divergenţe. Astfel, conform definiţiei propuse de Afilon Jompan, „familia reprezintă un sistem social, celula de bază a societăţii, ce defineşte un grup de persoane care au reşedinţă comună, sunt înrudite sau legate biologic ori afectiv, ce cooperează economic şi care are cel puţin o pereche ce întreţine relaţii sexuale acceptate de societate, cu posibilităţi de reproducere sau adoptare de copii".

În „Declaraţia universală a drepturilor omului" (1949), promulgată de ONU, familia este drept „element natural şi fundamental al societăţii", care are dreptul de ocrotire deplină din partea comunităţii.

Sociologul francez Emile Durkheim consideră că, „familia reprezintă un grup social structurat după anumite norme culturale, un ansamblu de raporturi interindividuale între bărbatul-soţ şi femeia-mamă (cuplul conjugal), între părinţi şi copii, între fraţi şi surori".

Definiţia propusă de Biroul Central de Statistică (CBS) sună astfel: „o familie este o unitate socială, care ia fiinţă prin căsătorie şi care constă din soţi cu copii necăsătoriţi pentru care ei îndeplinesc rolul de părinţi; membrii locuiesc în acelaşi loc". În toate definiţiile se consideră ca premisă a familiei normale căsătoria încheiată juridic, însoţită de disponibilitatea afectivă, care constă din bărbat, femeie şi copii care locuiesc în aceeaşi casă. Copiii nu trebuie neapărat să fie „proprii", ei pot fi adoptaţi sau vitregi (în îngrijire). De fapt, aceste definiţii fixează limitele superioare. Unii membri pot lipsi, prin divorţ, moarte sau devenirea adultă a copiilor.

F.J. Huygen, reieşind din modificările parvenite pe parcursul ultimelor decenii (creşterea numărului persoanelor care nu doresc să se căsătorească sau a numărului

de perechi care nu vor să aibă copii, extinderea numărului de homosexuali etc.), concepe familia mai cuprinzător: „grupul mic în care membrii locuiesc, mănâncă şi dorm împreună sau orice formă de compunere, care face posibile toate acestea; foarte important este ca acest grup mic să aibă în comun o istorie şi un viitor propriu". Faptul de a trăi temporar în afara acestei convieţuiri nu este luat în considerare în această definiţie.

Sociologia familiei are rezerve faţă de această definiţie, dar ea recunoaşte ca reale aspectele cu care are de a face medicul, în special medicul de familie şi anume convieţuirea permanentă, continuitatea relaţiilor de familie, gospodărirea în comun şi participarea la relaţiile interumane. Astfel, apare noţiunea de *gospodărie*, prin care CBS înţelege „orice grup de două sau mai multe persoane care locuiesc împreună şi desfăşoară o gospodărie în comun. Acum sunt mulţi oameni, care nu trăiesc într-o familie, ci într-una din formele de gospodărie. Aşa a fost întotdeauna. Mereu au fost oameni care au locuit singuri sau fraţi şi surori care au alcătuit o gospodărie, părinţi care locuiesc la copii, familii tradiţionale de trei-patru generaţii, dar câmpul emoţional cuprinde 3 generaţii.

Scopul unei familii este de a asigura membrilor săi satisfacerea nevoilor, care sunt: habitat, alimentaţie, resurse sanitare, sociale, intelectuale, emoţionale şi spirituale. Toate aceste aspecte sunt în deplină corelaţie cu împrejurările timpului, iar familia constituie matricea acestei adaptări psiho-sociale.

19.2. UNITATEA FAMILIALĂ

Sistemul familial este un sistem adaptativ complex aflat într-o permanentă schimbare. El are o dublă deschidere (exterioară şi interioară) şi este construit în scopul de a face faţă dezordinilor care intervin în evoluţia familiei (boala, suferinţa, înstrăinarea, dispariţia). Modificările survenite în viaţa (existenţa) unui singur membru al familiei induc modificări de raporturi între componenţi, în însăşi natura acestora, cu consecinţe importante asupra stabilităţii întregului sistem familial.

Pentru a înţelege mai bine sănătatea familiei, aceasta trebuie considerată un sistem bio-psiho-socio-cultural, care are ca subsistem – individul (persoana), ca suprasistem – colectivitatea (comunitatea) şi ca megasistem – naţiunea (ţara) în contextul popoarelor lumii şi al umanităţii.

Pentru practica medicală, familia ca sistem se impune prin:

a. componenţa sa, fiind formată din membri care sunt într-o stare de interdependenţă;
b. echilibrul său, familia se adaptează continuu pentru a-şi exercita funcţiile;
c. întregul său, cu sarcini unitare, dar şi diferenţiate în funcţie de cererile societăţii şi de revendicările membrilor ei.

Conducerea şi organizarea vieţii familiei sunt hotărâtoare pentru stabilitatea şi continuitatea sistemului familial. Deoarece la început conducerea ei este asigurată de doi „amatori" (tinerii căsătoriţi), iar discipolii (copiii) sunt, evident, lipsiţi de experienţă, modelele parentale devin pentru noile cupluri un important ghid de ecartament conjugal şi mod de viaţă în familie.

Dezvoltarea, evoluţia sanogenă a familiei (morfogeneza şi funcţionalitatea ei normală) depinde de buna organizare internă în regim autonom, de stabilirea unor

scopuri reale, de nivelul de informare-comunicare, de receptivitatea ei la schimbări, precum şi de calitatea consilierilor aleşi. Un rol hotărâtor în menţinerea sau recâştigarea echilibrului, homeostazei familiei îl joacă medicul familiei, care trebuie să fie un mediator şi un terapeut competent, cu experienţă şi cu autoritate, care poate şi trebuie să servească drept model în multe situaţii existenţiale membrilor familiei.

Fiecare familie îşi are propriile sale caracteristici dinamico-structurale:

- este un microgrup social caracterizat prin determinări naturale şi biologice, fiind singurul în care legăturile de dragoste şi cele consangvine au o importanţă fundamentală;
- este singurul grup social întemeiat pe afecţiune, condiţiile juridice neintervenind decât pentru consolidarea legăturilor reciproce de înţelegere, rezultate din unitatea de aspiraţii şi scopuri;
- este cea mai mică formă de organizare socială (unitate elementară şi primordială a societăţii), cea mai naturală şi necesară, anterioară statului şi oricărui alt grup social în ordine logică şi cronologică;
- este întemeiată esenţialmente pe relaţii de intimitate, armonie şi bunăvoinţă;
- se afirmă ca cea mai aptă de a asigura membrilor ei o dezvoltare multilaterală, armonioasă;
- îmbină în modul cel mai frecvent respectul faţă de tradiţie cu deschiderea spre viitor, transmiţând tinerilor un tezaur de experienţe şi proiectând planuri, speranţe şi aspiraţii; constituind cadrul natural în care se formează personalitatea copiilor, familia este, în acelaşi timp, şi mediul perfecţionării părinţilor.

Menţinerea unui echilibru dintre subsistemele organismului şi între acestea şi elementele structurale ale ecosistemului uman (om – natură – societate) reprezintă singura cale pentru conservarea stării de sănătate a populaţiei, deci pentru menţinerea homeostazei interne şi externe a organismului social.

19.3. STRUCTURA ŞI FUNCŢIILE FAMILIEI

Tipuri de familie. Pentru înţelegerea structurilor de familie, care desemnează tipurile, este importantă noţiunea *individualizarea familiei.* Prin aceasta se înţelege procesul prin care familiile sunt separate de legăturile intense de viaţă ca cele de stat sau de comunitate. Membrii unei familii sunt înclinaţi de a avea propria viaţă, iar familiile de a se separa de viaţa de comunitate. Familia capătă astfel, caracter de *familie închisă.* Acest caracter se răsfrânge asupra relaţiei cu mediul. O familie închisă se autodezvoltă şi este liberă de alte familii. O caracteristică a familiei închise este libertatea de a alege relaţiile exterioare şi nu este identic cu a fi izolat.

Din contra, familia deschisă este inserată în mediul imediat şi receptivă la influenţele acestuia. A fi închis sau deschis depinde în mare măsură de relaţiile externe, care, la rândul lor, după Bott, pot fi „strâns înnodate", „lejer înnodate" sau „de tranziţie".

O reţea „strâns înnodată" apare atunci când soţul şi soţia au crescut împreună cu prieteni şi vecini şi au rămas să locuiască acolo şi după căsătorie.

O reţea „lejer înnodată" apare când, înainte de căsătorie, bărbatul ori femeia au trăit într-un mediu care s-a schimbat cel puţin o dată, sau ei au schimbat mediul în care au trăit.

Relațiile „de tranziție" apar când cineva a făcut parte dintr-o situație „strâns înnodată", dar relațiile externe s-au diminuat prin mutarea cu casa.

Cunoașterea acestor relații este importantă pentru medici, deoarece evoluția sau trecerea familiilor dintr-o rețea în alta se poate solda cu unele evenimente de familie, care, la rândul lor, se pot corela cu o criză mai mult psihologică și fără dereglări organice. Dar, sănătatea familiei depinde nu numai de individualizarea ei, ci și de structura acesteia. După Cecilia Enăchescu, familia se poate împărți în 6 grupe structurale:

1. Familia nucleară – formată din cuplul marital (soț și soție), la care se adaugă copiii naturali ai acestora.
2. Familia nucleară cu copii adoptați – formată din cuplul marital, la care se adaugă – prin incluziune – copii adoptați sau copii naturali ai partenerilor proveniți din alte căsătorii ale acestora.
3. Familia nucleară lărgită – reprezentată de un grup familial lărgit, format din elementele familiei nucleare (soț, soție, copii) la care se atașează rude sau prieteni ai familiei.
4. Familia nucleară în curs de dezorganizare – grupul familial în care relațiile afective au un caracter contradictoriu, generând o atmosferă intrafamilială nefavorabilă (tensiuni, conflicte, neînțelegeri, acte de violență), relații care duc la iminența desfacerii cuplului marital (abandonare, divorț), ceea ce are ca rezultat dezorganizarea nucleului familial.
5. Familia dezorganizată – acel grup familial incomplet, caracterizat prin absența unui părinte (prin abandon, divorț, deces), ea fiind compusă din părintele rămas și copiii; uneori se poate extinde cu rude și prieteni.
6. Concubinajul – deși, din punct de vedere juridic, nu reprezintă o structură familială, este acel cuplu (pseudoconjugal), cu sau fără copii, care duce o existență comună nelegalizată, prin înțelegere mutuală, dar lipsită adesea de consistență și susceptibilă oricând la dezorganizare.

Familiile nucleare cu copii adoptați, în unele surse, se mai numesc familii compuse, care, la rândul lor, pot fi:

- Simplu compusă – atunci când unul dintre parteneri a mai fost căsătorit și aduce copil / copii dintr-o căsătorie anterioară.
- Dublu compusă – atunci când ambii parteneri au mai fost căsătoriți și aduc cu sine copil / copii din căsătoria anterioară.
- Compus complex – atunci când pe lângă copiii aduși din căsătoria anterioară, cuplul are și copil / copii născuți din relația respectivă.

Problema principală în cadrul acestui tip de familie este raportul cu „părintele vitreg" și cu „frații vitregi".

Ciclul familiei. Funcțiile familiei ce se vor descrie în continuare depind într-o mare măsură de faza în care se află familia. Există mai multe moduri de îmbătrânire, unul mai amănunțit decât altul, dar toate se referă la apariția copiilor și la vârsta acestora ca cel mai determinant factor.

Etapele de dezvoltare în cursul ciclului familial sunt multiple și nu toate familiile trec prin toate schimbările, dar majoritatea parcurg următoarele etape:

1. Etapa adultului tânăr/ă, îndrăgostit/ă, premisa căsătoriei.
2. Căsătoria, întemeierea unei noi familii.

3. Naşterea primului copil şi apoi extinderea familiei.

4. Etapa copilului şcolar.

5. Etapa adolescenţei tinerilor.

6. Plecarea primului copil şi apoi a celorlalţi.

7. Etapa de „cuib gol" – a părinţilor rămaşi singuri, a schimbului de roluri – bunici.

8. Pensionarea unuia din soţi, apoi a următorului.

9. Pierderea unuia din soţi.

10. Singurătatea, etapa pregătirii finale.

Ciclul familiei moderne este diferit de cel al familiilor din trecut în ceea ce priveşte vârsta părinţilor ce trec prin „ciclurile" respective. Dacă în trecut (sec. XIX –XX) perioada iniţială a cuplului era scurtă, primii copii fiind născuţi până la 30 de ani, iar ciclul de „cuib gol" apărea înaintea sau odată cu văduvia, cuplurile contemporane studiază sau muncesc împreună şi numai după ce sunt de acord să aibă un copil, se încheie căsătoria. Aceasta se întâmplă mai ales dacă femeia depăşeşte cu mult 30 de ani. Concluzia este că urmează copii repede unul după altul sau familia se limitează la un copil. „Cuibul gol" apare cu mult înaintea văduviei, fapt datorat numărului mic de copii şi creşterii longevităţii vieţii.

Funcţiile familiei. Literatura de sociologie a familiei oferă multe forme de departajare a funcţiilor. Pentru medici, funcţiile pe care familia trebuie să le îndeplinească sunt cruciale şi pot fi împărţite în: interne şi externe. Funcţiile interne constau în crearea unui regim de viaţă intimă a familiei, menit să asigure tuturor membrilor ei un climat de solidaritate şi sprijin. Funcţiile externe prevăd asigurarea posibilităţilor de dezvoltare a personalităţii fiecărui membru al familiei, astfel încât să se poată încadra corespunzător în ansamblul vieţii comunitare şi sociale.

Dintre ***funcţiile interne*** menţionăm pe cele:

Social-biologice, care includ:

a) Reglementarea temperamentului sexual. Medicul are de a face cu sexualitatea pacienţilor în două feluri: dacă aceasta conduce la probleme în relaţia dintre bărbat şi femeie, cauzate de tulburări de potenţă şi orgasm, şi dacă ea este confruntată cu suferinţa de boli sexuale.

b) Funcţia reproductivă sau de propagare. Cu această funcţie medicul vine în contact în cazurile de anticoncepţie şi naştere. Prin această funcţie se realizează planificarea efectivă a familiei, prevenirea gravidităţii nedorite, asigurarea unei naşteri cu un copil şi o mamă sănătoasă. Tot în cadrul acestei funcţii sunt problematicele cuplurilor sub- sau infertile, care nu pot avea copii.

c) Factori familiali şi de moştenire. La apariţia unei boli, există atât factori exogeni, cât şi endogeni. Factorii genetici joacă rolul principal în apariţia bolilor determinate prin corelaţie dominantă, recesivă sau de sex, pe când factorii exogeni, în aceste cazuri, abia dacă au o semnificaţie. Dar sunt şi boli, în măsura în care ele apar frecvent la anumite familii, ce nu sunt cauzate genetic şi pe care le putem numi boli sau simptome familiale. Cunoaşterea gradului de determinare genetică a bolilor poate fi importantă în două situaţii: la diagnosticare, atunci când medicul ştie dinainte bolile familiale apărute deja şi în cadrul profilaxiei, care necesită urmărirea direcţionată a pacienţilor atunci când se ştie despre predispoziţia unui anumit factor genetic de risc.

d) Funcția de îngrijire și protecție fizică. Medicul are de a face cu funcția de îngrijire, igienă și protecție pe trei terenuri: îngrijirea corporală și eventuala asistență medicală (în special la copii, vârstnici, la cei care nu se pot autodeservi); alimentația și obiceiurile de hrănire, care sunt codeterminate de starea de sănătate; locuința – starea igienică, suprafața și nivelul de aglomerare – are contribuție la dezvoltarea unor maladii, în special de origine infecțioasă.

Social-economice: *a) productivă; b) de consum.* Medicul are de a face cu funcția productivă când și când, dacă aceasta este atât de importantă într-o familie încât, datorită ei, alte funcții ale familiei sunt afectate. Aceste momente pot fi influențate de situațiile deosebite (temporare) ale unora din membrii familiei, ca șomajul, invaliditatea, școlarizarea insuficientă sau inadecvată, ori de schimbările sociale.

Social-culturale:

- *Funcția de socializare și stabilizare,* include solidaritatea familială, care se bazează pe ajutorul reciproc, sentimente de egalitate, respect și dragoste între parteneri, între părinți și copii, între frați și surori, față de bătrânii sau infirmii din familie.
- *Funcția educativă,* având drept conținut umanizarea și socializarea copiilor, contribuind astfel la continuitatea culturală a societății.
- *Religioasă,* asigură protecția spirituală a familiei.
- *De destindere și distracție.*

Social-psihologice: „funcționarea personalității", vizează securitatea afectivă și dezvoltarea sentimentului de identificare între membrii familiei.

- *Funcțiile externe,* se integrează cu cele interne, familia având sarcina importantă de a corela toate manifestările și experiențele venite din lumea de afară. Astfel se disting două categorii ale acestor funcții:

- Încadrarea vieții de familie în ansamblul activităților comunitare.
- Încadrarea adulților apți de muncă în procesul social de producție.

În cadrul tuturor acestor funcții, o parte din atribuții revin exclusiv familiei, iar altă parte este preluată, parțial, de către comunitate, rolul medicului fiind important pentru sănătatea familiei în ansamblu.

19.4. PROBLEME SPECIALE ALE SĂNĂTĂȚII ȘI PATOLOGIEI FAMILIEI

Sănătatea familiei depinde de sănătatea fiecărui membru al său, dar și de interacțiunea dintre membrii familiei cu alte sisteme sociale. Familia este mediul în care se cultivă și se menține sănătatea, dar și, pe de altă parte, apare și se agravează boala. Pentru medic diagnosticul stării de sănătate, se bazează pe cele trei criterii de definire a sănătății de către OMS: bunăstare fizică, mentală și socială.

Bunăstarea fizică (biologică) a familiei este dată de bunăstarea fizică a fiecărui membru al ei și cuprinde aspectul exterior, structurile morfologice interne, funcțiile și particularitățile fiziologice, endocrine și nervoase ale fiecărui membru al familiei.

Criteriile de apreciere sunt clinice și paraclinice. Examenul clinic complex (anamnestic și fizic) și măsurarea unor parametri antropologici permit evidențierea integrității și armoniei construcției organismului. Corporalitatea este o realitate bi-

ologică, iar în ciclul familiei, de la naştere, creştere, maturizare şi îmbătrânire, ea corespunde unor parametri ce ţin de vârstă, sex, rasă.

Examenul paraclinic permite evidenţierea capacităţilor funcţionale pasive şi active conform standardelor. Măsurarea constantelor biologice apreciază vitalitatea fizică în lipsa factorilor de risc.

Bunăstarea mentală corespunde dezvoltării optime a capacităţii membrilor unei familii şi a familiei în întregime într-un anumit cadru de referinţă (intelectual, emoţional). Criteriile de apreciere a bunăstării mentale sunt:

- munca utilă a fiecărui membru cu participarea la sarcinile din familie şi împărţirea acestor sarcini;
- odihna corespunzătoare, relaxarea plăcută, folosirea timpului liber;
- relaţiile interpersonale bune (soţ – soţie, mamă – copii, tată – copii, bunici – părinţi, bunici – copii);
- capacitatea de adaptare la schimbări;
- controlul instinctelor, lipsa conflictelor;
- armonia interioară, legăturile afective solide;
- comunicarea eficientă;
- comportamentul etico-moral adecvat;
- atmosfera caldă, prietenoasă, plină de optimism.

Bunăstarea socială este condiţionată de cea fizică şi mentală, deoarece numai o familie a cărei membri sunt în plenitudinea acestor atribute poate să-şi exprime comportamentul în mod favorabil în sânul familiei, al comunităţii şi societăţii. Dar şi factorii de bunăstare socială influenţează în mod hotărâtor bunăstarea fizică şi mentală a membrilor familiei ca sistem social.

Criteriile de apreciere a bunăstării sociale sunt oglindite de satisfacerea nevoilor fundamentale ale familiei:

- habitat corespunzător, locuinţă igienică, cu număr suficient de camere, încălzire, iluminare, aerisire adecvată, dotări igienico-sanitare corespunzătoare numărului membrilor, mediu ecologic şi geografic sănătos;
- alimentaţie echilibrată, adecvată vârstei şi activităţii, predominând produsele naturale;
- odihnă cu petrecerea plăcută a timpului liber, concedii la sfârşit de săptămână şi anual în natură;
- activităţi profesionale şi complementare care să producă satisfacţie şi sentimentul de realizare;
- educative: posibilitatea de a apela la instituţii de învăţământ preşcolar, şcolar, instituţii şi organizaţii culturale, ştiinţifice, sportive, turistice, religioase;
- medicale: accesibilitatea la serviciile de sănătate, posibilitatea de a avea un medic de familie, folosirea serviciilor de sănătate preventivă (imunizări, vaccinări), utilizarea (la necesitate) serviciilor specializate şi de recuperare;
- sociale: disponibilitatea instituţiilor sociale pentru copii (grădiniţe, creşe), a căminelor pentru bătrâni, bolnavi cronici, handicapaţi.

Problemele sănătăţii familiei sunt legate de factorii de risc care pot interveni şi sunt determinate de:

- cauze somato-psihice: lipsa anumitor facultăţi fizice, deficienţe senzoriale sau motorii, boli psihice sau mentale, naşterea unui copil cu malformaţii;

- condiţii psihologice: conflicte, stări tensionate, legături extraconjugale, abandon, divorţ, deces, conflicte între generaţii, atitudine tiranică a unuia dintre soţi;
- condiţii materiale: interese materiale (căsătorii din interes), ruina economică, venituri scăzute, nereuşite profesionale etc.;
- unele modele imprimate: alimentaţia necorespunzătoare, consumul de droguri, alcool, tutun.

Cu cât sunt mai mulţi factori de risc, cu atât creşte potenţialul morbigenetic, accentuat în:
- familiile dezorganizate, în care părintele rămas nu dispune de autoritate şi posibilităţi de compensaţie sau prezintă unele patologii specifice;
- familiile complete cu încărcătură patologică: părinţi cu tulburări psihopatologice, boli genetice, boli venerice, focare de boli infecţioase şi parazitare;
- familiile disfuncţionale şi cele sever disfuncţionale, în care patologiile au la bază un caracter psihologic.

De asemenea, sănătatea familiei este în directă corelaţie cu perioadele specifice din viaţă cum ar fi perioada de fertilitate, cea infantilă, copilăria, adolescenţa, tinereţea, bătrâneţea, precum şi de relaţiile dintre membrii familiei. Fiecărei vârste îi sunt caracteristice problemele sanitare specifice în care prevenţia şi alte servicii medico-sanitare joacă un rol important. Totodată nici un grup de vârstă nu este izolat de altele. Spre exemplu, complicaţiile perinatale afectează mama, copilul, familia şi comunitatea. Familia persoanei cronic bolnave, traumatizate sau decedate la serviciu sau în accident rutier suferă din punct de vedere economic, emoţional şi social.

Deci, indicatorii stării de sănătate a familiei vizează:

1. **Statutul familial:**
- starea economică: venitul pe cap de membru al familiei, locuinţa şi dotările ei;
- încărcătura ereditară;
- încărcătura de stres: violenţa, relaţiile materiale perturbate, bolile cronice, handicapuri, eludări ale legii, mama suprasolicitată;
- capacitatea de confruntare cu problemele vieţii: experienţa în menaj, îngrijirea copilului, gradul de izolare, anturajul exterior.

2. **Statutul femeii în perioada de reproducere:**
- starea de sănătate a femeii;
- fertilitatea;
- vârsta primei sarcini;
- obiceiurile: alimentarea, sportul, consumul de droguri, alcool, tutun;
- istoria reproductivă: avorturi, născuţi morţi, sarcini extrauterine, naşteri premature, multipare.

3. **Statutul copilului:**
- sănătatea la naştere: complicaţii în timpul naşterii, anomalii congenitale, gradul de dezvoltare la naştere (scorul Apgar);
- imunizarea la timp;
- starea de nutriţie şi creşterea;
- îngrijirea şi dragostea părintească;
- patologiile şi morbiditatea;
- performanţele şcolare.

4. **Statutul adolescentului:**
- performanțele școlare și ulterior profesionale;
- nivelul de dezvoltare;
- comportamentul dietetic de risc;
- activitatea fizică;
- patologiile și morbiditatea;
- abuzul de alcool, droguri, tutun;
- comportamentul sexual de risc.

5. **Statutul adultului (părinților):**
- alimentația sănătoasă, suplimentată cu vitamine;
- activitatea fizică zilnică (30 de minute de exerciții fizice de intensitate moderată);
- sistarea fumatului, consumului de alcool, droguri;
- securitatea rutieră (utilizarea centurilor de siguranță, respectarea regimului de viteză, evitarea conducerii în stare de ebrietate);
- securitatea muncii (utilizarea căștilor și a încălțămintei de siguranță, inspecții preventive ale locului de muncă);
- reducerea violenței;
- examinările medicale prin screening (pentru depistarea diabetului, hipertensiunii arteriale, glaucomului, cancerului mamar, de col uterin, al prostatei);
- menținerea sănătății mentale și managementul stresului.

6. **Statutul vârstnicilor:**
- adaptarea fizică, psihică și socială la schimbările timpului: activități și preocupări, dificultăți și regresiuni;
- asigurarea unor condiții de viață adecvate la această etapă;
- menținerea relației satisfăcătoare în cadrul cuplului vârstnic;
- asistența în polipatologii și menținerea sănătății vârstnicului;
- menținerea contactului cu noile generații;
- evitarea izolării;
- apelarea la serviciile de ajutor în caz de dependență;
- participarea la activități de grup în scopul menținerii tonusului fizic și psihic la momentul și după pensionare;
- adaptarea la pierderea partenerului (soț/soție).

Rolul important în menținerea sănătății atât a fiecărui membru, cât și a familiei integrale îi revine **medicului de familie**. El poate, prin propria contribuție, să vadă semnificația familiei ca mediu al pacientului și să cunoască interacțiunea dintre membrii unei familii. Aceasta se explică prin faptul că viața în cadrul unei familii e constituită din multiple evenimente, iar membrii ei sunt supuși acelorași influențe, cu o interdependență fizică și psihică, și adesea demonstrează potriviri genetice. Copiii cresc în cadrul acesteia, traversând perioade când influența este foarte puternică până la a fi formați de aceasta. Deci, activitatea medicului de familie în cadrul unei familii este orientată către **cinci direcții majore**:

1. Menținerea sănătății și prevenirea bolilor în familie.
2. Evitarea riscurilor și depistarea precoce a îmbolnăvirilor.
3. Îngrijirea și supravegherea permanentă a bolnavilor cronici din familie.

4. Acordarea consultaţiilor în problemele curente ale vieţii de familie.
5. Eliberarea unor documente medicale.

Cauzele bolilor pot rezida în cadrul familiei, atât prin molipsire, cât şi prin interacţiunea care duce la stres. Observând aspectele fizice, psihologice şi sociale specifice unei familii şi ţinând cont de ele în urmărirea bolnavilor, medicul de familie poate adăuga o nouă dimensiune existenţei acesteia.

Individul îşi trăieşte cea mai mare parte a vieţii în sânul familiei sale. Totodată în diferite perioade ale vieţii el face parte din diverse grupuri populaţionale cu anumite probleme sanitare specifice. Sănătatea publică axată pe grupurile populaţionale vulnerabile şi pe sănătatea mamei şi copilului obţine beneficii sanitare şi economice majore pentru întreaga societate. Bărbaţii şi femeile de vârstă medie sunt grupuri ţintite importante ale programelor preventive orientate spre pregătirea pentru vârsta înaintată. Generaţia în vârstă, de asemenea, este un subiect de atenţie specială pentru sănătatea publică, acest fapt fiind determinat de creşterea continuă a dimensiunilor acesteia, de modificările în societate şi de necesitatea de a găsi alternative serviciilor medico-sanitare costisitoare. Asistenţa preventivă cu scop de menţinere a sănătăţii vârstnicilor poate preveni dependenţa prematură sau inutilă de serviciile costisitoare medicale sau de îngrijire.

Fiecare grup de vârstă, de la nou-născuţi la vârstnici, are probleme de sănătate specifice care trebuie abordate de către sistemul sănătăţii. Monitorizarea continuă a sănătăţii şi stării sociale a familiei este o responsabilitate a sănătăţii publice şi o parte componentă importantă a asistenţei medico-sanitare individuale şi comunitar orientate. Insuficienţa măsurilor sanitare publice în domeniul sănătăţii familiei se soldează cu majorarea ratelor mortalităţii premature şi rezultă într-un impact economic major exprimat printr-o asistenţă spitalicească costisitoare şi de lungă durată.

Abordarea globală a problemelor sănătăţii familiei trebuie să se bazeze pe un concept de integrare a variatelor sisteme de servicii medico-sanitare pentru a ajutora familia să înfrunte evenimentele sanitare de rutină şi impactul eventual al unei boli cronice. Medicul de familie la modul ideal trebuie să activeze în echipă cu asistenta de familie pentru a monitoriza şi sprijini la maximum familia. În păstrarea sănătăţii fiecărui individ în parte, un rol important, însă, îl are familia, căci după cum spunea M. Field, păstrarea sănătăţii e ca o stare umană ce „interesează toate instituţiile, toate subsistemele marelui sistem care se cheamă societate".

CAPITOLUL 20

SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ ŞI PLANIFICAREA FAMILIEI

20.1. NOŢIUNI GENERALE

Planificarea familială este un complex de măsuri profilactice şi informativ-educaţionale îndreptat spre formarea unei atitudini responsabile şi sigure în comportamentul sexual, preîntâmpinarea unei sarcini nedorite sau cu risc înalt, protejarea faţă de maladiile sexual transmisibile, reducerea mortalităţii şi morbidităţii materne şi infantile.

Obiectivele planificării familiale sunt:

> Acordarea ajutorului cuplurilor şi indivizilor să-şi realizeze scopurile reproducerii.
> Prevenirea sarcinilor nedorite şi cu risc crescut.
> Reducerea morbidităţii şi mortalităţii induse de sarcină.
> Oferirea serviciilor medicale calitative, convenabile, acceptabile şi accesibile tuturor celor care au nevoie de ele şi le doresc.
> Îmbunătăţirea calităţii consultaţiei, informaţiei, educaţiei, comunicării, îndrumării şi serviciilor.
> Sporirea participării bărbaţilor la asumarea responsabilităţilor în practica curentă a planificării familiale.
> Promovarea alimentaţiei naturale a nou-născuţilor în scopul măririi intervalului dintre două naşteri.

Sănătatea reproductivă este o condiţie de bunăstare fizică, mentală şi socială deplină sub toate aspectele legate de sistemul reproducerii, de funcţiile şi procesele acestuia. Ea presupune posibilitatea oamenilor de a se reproduce şi libertatea de a decide dacă da, atunci când anume şi cât de des să o facă.

Reieşind din aceste considerente, sănătatea reproductivă înseamnă nu numai lipsa maladiilor sau dereglărilor sistemului reproductiv, dar şi posibilitatea femeii să poată, fără de risc pentru sănătate, să poarte sarcina şi să nască, ca relaţiile ei sexuale să decurgă fără de risc pentru sănătatea sa şi a partenerilor.

Sănătatea reproductivă este recunoscută pe scară largă ca una dintre problemele cele mai importante care afectează sănătatea generală, prosperarea şi dezvoltarea tuturor ţărilor. Toate statele trebuie să ia măsuri pentru a ajuta femeile să evite avortul, care nu trebuie niciodată considerat drept o metodă de planificare familială.

Sănătatea sexuală este o parte componentă a sănătăţii reproductive şi include:

- dezvoltarea sexuală sănătoasă şi o fertilitate neafectată;
- echitatea, respectul reciproc dintre sexe şi responsabilitatea în relaţiile sexuale;

- lipsa bolilor sexuale, excluderea riscului molipsirii de o boală sexual transmisibilă;
- protejarea femeilor, tinerilor şi copiilor contra abuzurilor, inclusiv abuzul sexual, exploatarea, traficul şi violenţa.

Educaţia sexuală include un complex de măsuri educativ-informaţionale orientat spre îmbunătăţirea cunoştinţelor şi a înţelegerii de către toate grupurile sociale şi, în special, de adolescenţi a aspectelor fiziologice ale funcţiei reproductive şi a principiilor de prevenire a unei sarcini nedorite şi de protejare a sănătăţii reproducerii.

Drepturile reproducerii sunt o parte integrantă a drepturilor generale umane deja recunoscute în documentele internaţionale, inclusiv cele ale Naţiunilor Unite, adoptate prin consens, care se bazează pe:

- recunoaşterea dreptului fundamental al tuturor cuplurilor şi indivizilor de a decide liber şi responsabil asupra numărului de copii pe care doresc să-i aibă, asupra intervalului dintre naşteri şi asupra momentului când vor să aibă copii, precum şi de a beneficia de informaţiile şi mijloacele care îi ajută să o facă;
- dreptul de a atinge cele mai înalte standarde ale sănătăţii reproducerii şi sexuale;
- dreptul oricărei persoane de a lua decizii în legătură cu reproducerea, fără discriminări, constrângeri şi violenţă.

20.2. PRINCIPIILE DE ORGANIZARE A ASISTENŢEI MEDICALE ÎN PLANIFICAREA FAMILIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Planificarea familiară este una dintre cele mai bune şi cost-eficiente măsuri de îmbunătăţire a sănătăţii şi bunăstării femeilor, bărbaţilor, copiilor şi comunităţii lor. Metodele moderne sunt sigure, multe dintre ele oferă beneficii pentru sănătate.

Recunoscând importanţa planificării familiale în ameliorarea sănătăţii mamei şi copilului Ministerul Sănătăţii al RM prin ordinul nr. 89 din 17.05.94 a creat un serviciu republican de planificare familială şi sănătate reproductivă: a stabilit formarea Centrului Republican de Sănătate Reproductivă şi Planificare Familială, deschiderea cabinetelor de planificare familială în toate consultaţiile pentru femei sectoriale şi orăşeneşti. La Ministerul Sănătăţii a fost instituit postul de coordonator în planificarea familială.

Pentru raţionalizarea şi majorarea eficienţei asistenţei în domeniul planificării familiale şi sănătăţii reproductive în Republica Moldova s-a stabilit o structură a sistemului statal de asistenţă în planificarea familială şi sănătatea reproductivă, care prevede următoarele niveluri:

Nivelul I. Asigură asistenţa populaţiei la nivelul specialiştilor instituţiilor medicale primare din centrele raionale şi din sate (medici de familie, obstetricieni-ginecologi, pediatri, moaşe, asistente medicale). În fiecare CMF şi CS sunt deschise cabinete de planificare familială. Specialiştii ce activează în aceste cabinete îndeplinesc funcţiile de coordonatori sectoriali de planificare familială şi sunt subordo-

naţi specialistului principal al raionului în asistenţa medicală mamei şi copilului. La acest nivel populaţiei îi sunt acordate următoarele servicii:

- consultarea pe problemele planificării familiale, alegerii metodei de contracepţie;
- asigurarea metodelor de contracepţie (hormonală, prin sterilet, de barieră, naturală);
- întreruperea sarcinii la termen mic (până la 12 săptămâni);
- contracepţia de urgenţă;
- selectarea pacientelor cu patologia funcţiei reproductive (sterilitate, prematuritate);
- consultingul preconcepţional;
- patronajul medico-social al grupurilor de populaţie vulnerabile (adolescenţi, gravidele adolescente).

Nivelul II. Asigură asistenţa specializată populaţiei la nivelul centrelor de perinatologie interraionale, care sunt o unitate funcţională spitalicească din subordinea medicului-şef al raionului. Responsabil de conducerea Centrului perinatologic al Serviciului de Asistenţă Medicală Perinatală de nivelul II este şeful maternităţii. Centrele sunt organizate în baza secţiilor de obstetrică din spitalele din Bălţi, Edineţ, Soroca, Orhei, Ungheni, Hânceşti, Căuşeni, Cahul, Ciadâr-Lunga. În cadrul acestor Centre sunt incluse următoarele subdiviziuni:

- Secţia de obstetrică: secţia de internare, blocul de naştere obstetrical şi observaţie, saloanele de aflare împreună a mamelor cu nou-născuţii lor.
- Secţia de patologie a sarcinii.
- Secţia de reanimare, terapie intensivă şi îngrijire a nou-născuţilor şi secţia de îngrijire continuă a prematurilor cu echipa de transportare a gravidelor şi nou-născuţilor.
- Secţia de pediatrie generală cu statut de componentă funcţională.
- Secţia de perinatologie consultativă: cabinet de sterilitate a cuplului; cabinet andrologic; cabinet de consult juridic; cabinet de consult psihologic; cabinet medico-genetic; cabinet de diagnostic prenatal (ultrasonografic şi cardiotocografic); cabinet de prematuritate (infertilitate); cabinet terapeutic (patologia extragenitală în sarcină).

Centrul perinatologic de nivelul II colaborează cu spitalele raionale, pentru deservirea populaţiei din raioanele adiacente şi cu Centrul perinatologic al Serviciului de Asistenţă Medicală Perinatală de nivelul III.

Nivelul III. Asigură asistenţă la nivelul Centrului Republican de sănătate reproductivă şi planificare familială, care include:

- asistenţa consultativă de diagnostic şi tratament populaţiei în problemele planificării familiale, sterilităţii şi prematurităţii;
- coordonarea şi evaluarea serviciului republican de planificare familială;
- pregătirea şi reciclarea cadrelor medicale, elaborarea ghidurilor naţionale în domeniul planificării familiale şi sănătăţii reproductive;
- stabilirea unor principii unificate de consultare şi conduită a pacienţilor;
- implementarea în practică a unor tehnologii sigure şi eficiente îndreptate spre ameliorarea asistenţei în domeniul contracepţiei, avortului, sterilităţii şi prematurităţii.

20.3. PRIORITĂȚILE ȘI BENEFICIILE PLANIFICĂRII FAMILIALE

Prioritățile şi beneficiile planificării familiare rezultă din mai multe criterii:

1. Planificarea familială stabilizează creşterea populației pe glob, deoarece utilizarea metodelor eficiente de contracepție este unica soluție de reducere a natalității şi de stabilizare a nivelului de creştere a populației.

2. Reduce incidența sarcinii neplanifcate şi a avortului. Milioane de femei în întreaga lume au anual sarcini nedorite şi circa 50 milioane din aceste sarcini sunt întrerupte prin avort. Avortul este urmat de un risc înalt pentru sănătatea femeii, în special dacă este efectuat în condiții nesigure. Se consideră că aproximativ o pătrime din cazurile de decese materne pot fi evitate în fiecare an prin folosirea metodelor de contracepție.

3. Micşorează incidența bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv a infecției HIV/SIDA. Prevenirea şi tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală constituie o problemă majoră de Sănătate publică ce poate fi soluționată numai prin implementarea în practică a planificării familiale.

4. Reduce mortalitatea şi morbiditaea maternă şi cea infantilă şi favorizează sănătatea copiilor sub 5 ani.

5. Protejează sănătatea bărbaților şi ajută la stabilirea unei situații psiho-emoționale mai bune şi a unei armonii în relațiile familiale.

6. Protejează sănătatea adolescenților. Educația sexuală contribuie la amânarea debutului relațiilor sexuale şi formarea unei atitudini şi a unui comportament sexual responsabil, iar utilizarea metodelor de contracepție şi de protejare a sănătății reproductive previne eficient o sarcină nedorită şi îmbolnăvirea de boli sexual transmisibile la adolescenții sexual-activi.

7. Ameliorează situația socio-economică a cuplului, familiei şi comunității prin faptul că un cuplu cu copii puțini poate să le asigure acestora mai bine alimentația adecvată, îmbrăcămintea, condițiile de trai, posibilitățile educaționale. Toate acestea contribuie la îmbunătățirea Sănătății publice, a serviciilor educaționale şi sociale, la îmbunătățirea calității vieții pentru femei, bărbați şi copii.

20.4. CARACTERISTICA INDICATORILOR SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE

Pentru a înțelege apariția şi specificul rezultatelor legate de sănătatea reproductivă în populații este necesară utilizarea metodelor statistice şi epidemiologice. Pentru a face comparații în timp şi în spațiu sunt necesare definiții standardizate ce țin de sănătatea reproductivă. Acest capitol abordează metodele cantitative folosite pentru evaluarea rezultatelor legate de sănătatea reproductivă. Indicatorii sănătății reproductive se referă la:

1. ***Populație.*** Aceşti indicatori se referă la numărul populației, densitatea şi dispersia ei, structura populației, mişcarea naturală a populației şi sunt descrişi în capitolul „Demografia".
2. ***Căsătorie.***

Rata de nupțialitate, care se calculează după formula:

$$Rn = \frac{numărul\ de\ căsătorii}{numărul\ de\ locuitori} \times 1000$$

Rata de divorțialitate:

$$Rd = \frac{numărul\ de\ divorțuri}{numărul\ de\ locuitori} \times 1000$$

3. ***Fertilitate.*** *Rata fertilității*, care reprezintă numărul mediu de copii la o femeie în perioada anilor reproductivi și se calculează după următoarea formulă:

$$Rn = \frac{numărul\ de\ copii\ născuți\ \ vii}{numărul\ de\ femei\ în\ vârsa\ \ 15-49 ani} \times 1000$$

4. ***Infertilitate*** este incapacitatea cuplului de a concepe și poate fi primară sau secundară.

Infertilitatea *primară* este incapacitatea cuplului de a concepe timp de 1 an, având relații sexuale regulate, fără contracepție.

Infertilitatea *secundară* este când cuplul a conceput anterior, dar în continuare este incapabil de a concepe într-o perioadă de 1 an, având relații sexuale regulate, fără contracepție. Dacă femeia a alăptat la sân un copil, atunci expunerea la graviditate se estimează de la sfârșitul amenoreei lactaționale.

5. ***Natalitate.*** *Vârsta gestațională*: durata gestației se măsoară din prima zi a ultimei menstruații normale. Vârsta de gestație se exprimă în zile sau săptămâni complete (adică fenomen care durează între 280-286 de zile complete după începutul ultimei menstruații normale) și este considerată drept 40 de săptămâni de gestație.

Natalitatea reprezintă fenomenul demografic al frecvenței născuților vii într-o populație. Sub aspect statistic, natalitatea se măsoară cu rata brută de natalitate, care este raportul (exprimat în promile) dintre numărul de născuți vii și numărul mediu de locuitori ai perioadei considerate. Mai detailat acest indice este caracterizat în capitolul demografia.

Rangul nașterii exprimă a câta naștere a mamei este cea în cauză.

Nașterea la termen este de la 37 de săptămâni complete până la 42 de săptămâni complete (259-293 de zile de gestație).

Naștere înainte de termen se consideră nașterea la mai puțin de 37 de săptămâni complete (mai puțin de 259 de zile de gestație).

Naștere post-termen este nașterea la 42 și mai multe săptămâni (294 de zile) de gestație.

Născutul viu este produsul de concepție expulzat sau extras complet din corpul mamei, indiferent de durata sarcinii din care acesta provine și care prezintă un semn de viață: respirație, activitate cardiacă, pulsații ale cordonului ombilical sau contracția voluntară a unui mușchi.

Născutul mort este produsul de concepție cu masa corpului mai mare de 500 g, la care moartea a survenit înainte de expulzia sau extracția completă din corpul matern, indiferent de durata sarcinii. Moartea este confirmată prin faptul că după asemenea naștere fătul nu respiră sau nu dă alte semne de viață.

Rata născuţilor morţi se calculează după formula:

$$Rnm = \frac{Nm}{Nv + Nm} \times 1000,$$

unde: *Rnm* – rata născuţilor morţi

Nm – numărul de copii născuţi morţi în anul de gestiune;

Nv – numărul de copii născuţi vii în anul de gestiune.

6. ***Avort.*** Vezi în continuare.

7. ***Mortalitate.*** Se caracterizează prin următorii indicatori: rata mortalităţii generale a populaţiei, rata mortalităţii materne, rata mortalităţii infantile, rata mortalităţii neonatale precoce, rata mortalităţii neonatale tardive, rata mortalităţii perinatale. Aceşti indicatori sunt caracterizaţi mai detailat în capitolele respective.

8. ***Contracepţie.*** Indicele prevalenţei contraceptive se calculează după formula:

$$Ipc = \frac{Nfc}{Nf} \times 100,$$

unde: *Ipc* – indicele prevalenţei contraceptive;

Nfc – numărul de femei ce folosesc metode de contracepţie;

Nf – numărul total de femei de vârstă fertilă.

Rata de folosire a unei metode de contracepţie:

$$Rc = \frac{N_i fc}{Nf} \times 100,$$

unde: *Rc* – rata de folosire a unei metode de contracepţie;

$N_i fc$ – numărul de femei ce folosesc metoda studiată de contracepţie;

Nf – numărul total de femei de vârstă fertilă.

Rata teoretică de eşec a metodei de contracepţie:

$$Rt_{eşec} = \frac{Ns}{Nu} \times 100,$$

unde: $Rt_{eşec}$ – rata teoretică de eşec a metodei de contracepţie;

Ns – numărul sarcinilor în cazul folosirii corecte a metodei, timp de 1 an;

Nu – numărul utilizatoarelor metodei timp de 1 an.

Rata reală de eşec a metodei de contracepţie:

$$Rr_{eşec} = \frac{Nst}{Nu} \times 100,$$

unde: $Rr_{eşec}$ – rata reală de eşec a metodei de contracepţie;

Nst – numărul sarcinilor în cazul folosirii tipice a metodei, timp de un an;

Nu – numărul utilizatoarelor metodei timp de 1 an.

Indicele PEARL:

$$Pearl = \frac{Nsn}{Nu} \times 1200,$$

unde: *Nsn* – numărul sarcinilor nedorite, timp de 1 an;

Nu – numărul utilizatoarelor metodei timp de 1 an.

20.5. CARACTERISTICA ŞI EVALUAREA FACTORILOR DE RISC PRECONCEPŢIONALI

Asistenţa preconcepţională include un complex de măsuri informativ-educaţionale, consultativ-diagnostice şi curativ-profilactice orientate spre prevenirea sarcinilor nedorite sau cu risc crescut.

Lucrătorii medicali de la toate nivelurile de asistenţă medicală trebuie să acorde ajutor consultativ cuplurilor ce planifică sau doresc să evite o sarcină, să efectueze un lucru educaţional-informativ în rândurile adolescenţilor şi familiilor tinere pentru pregătirea lor de rolul de părinte, să identifice şi să acorde o asistenţă consultativ-diagnostică şi curativ-profilactică pacientelor la care sarcina e cu risc crescut. Fiecare cuplu înainte de a planifica un copil necesită o evaluare medicală a factorilor de risc pentru realizarea sarcinii şi naşterea copilului. Evaluarea factorilor de risc preconcepţionali trebuie efectuată de către medicul obstetrician-ginecolog, terapeut şi dacă e necesar şi de alţi specialişti prin analiza factorilor social-biologici, obstetricali şi excluderea maladiilor extragenitale, care ar putea avea un impact negativ asupra sarcinii. Evaluarea riscurilor este foarte importantă înainte de concepţie, când prognosticul nou-născutului poate fi influenţat prin intervenţie precoce.

Evaluarea factorilor de risc preconcepţionali.

1. Vârsta mamei până la 20 de ani. Vârsta maternă mai mică de 20 de ani creşte riscul pentru: naştere prematură, îngrijire prenatală întârziată, greutate scăzută la naştere, hemoragii uterine în perioada post-partum, moarte fetală, deces neonatal. Mortalitatea infantilă este cu 30% mai mare în grupa până la 20 de ani decât la vârsta 20-29 de ani.

2. Vârsta mamei după 35 de ani. Vârsta maternă peste 35 de ani amplifică riscurile pentru:

Avort spontan în primul trimestru. Fertilitatea la femei scade la 30 de ani cu aproximativ 7%, iar la 40 de ani – cu 50%. Odată cu scăderea fertilităţii riscul avortului spontan creşte de la 10% la 20 de ani până la 18% la 30 de ani şi până la 53% la femeile de 45 de ani.

Produs de concepţie anormal genetic. Riscul pentru anomalii cromozomiale fetale creşte în proporţie directă cu vârsta maternă. Această creştere poate de asemenea explica în parte creşterea avorturilor în primul trimestru. Trisomia 21 reprezintă 90% din anomaliile cromozomiale, dar incidenţa altor trisomii autozomale (13 şi 18) şi a anomaliilor cromozomilor sexuali cresc, de asemenea, cu vârsta avansată.

Hipertensiunea. La femeile gravide în vârstă de peste 35 de ani riscul hipertensiunii este de 4–5 ori mai mare faţă de femeile de 20–25 de ani;

Diabet. La femeile gravide în vârstă de peste 35 de ani există o incidenţă de 4 ori mai mare a diabetului faţă de grupul de vârstă mai tânără.

Gestozele tardive. Incidenţa gestozelor tardive creşte la vârsta de 35–40 de ani aproximativ de 2 ori în comparaţie cu femeile până la 25 de ani.

Sarcina multiplă. Incidenţa sarcinii multiple creşte cu vârsta aproximativ de 4 ori la femeile de vârsta 35–40 de ani comparativ cu femeile de vârsta de 20 de ani.

Rata înaltă a mortalităţii infantile. Mortalitatea infantilă este cu 47% mai mare în grupa după 35 de ani decât în vârsta de 20–29 de ani.

Rata înaltă a decesului matern. Femeile la 35–45 de ani sunt de 7 ori mai mult expuse riscului de deces în sarcină decât femeile de 20 de ani.

3. Vârsta tatălui peste 40 de ani. Vârsta tatălui după 40 ani creşte riscul pentru avort spontan în primul trimestru şi produs de concepţie anormal genetic.

4. Factorii profesionali dăunători la mamă sau tată. Factorii de risc din mediu: noxele chimice pot cauza la mamă cefalee, vomă, agitaţie; compuşii radioactivi şi radiaţia au fost asociaţi cu avort spontan, anomalii cromozomiale fetale şi leucemie infantilă.

5. Fumatul. Există o relaţie doză-răspuns între fumatul masiv de ţigarete, decurgerea patologică a sarcinii, morbiditatea şi mortalitatea fetală crescută, condiţionând: dezlipire precoce de placentă; placenta praevia; sângerare în timpul sarcinii; ruptura prematură a membranei amniotice; prematuritate; avort spontan; sindrom de moarte subită a copilului; greutate scăzută la naştere; reducerea cantităţii de lapte matern; suferinţă respiratorie la nou-născut.

6. Alcoolul. Abuzul de alcool nu subminează numai sănătatea maternă, dar există şi un tipar de anomalii cunoscut ca sindromul alcoolic fetal, care se manifestă în diferite grade de severitate la făt. Severitatea implicării fetale este, de obicei, raportată la cantitatea de alcool ingerată şi vârsta gestaţională la care fătul a fost supus acţiunii acestuia.

7. Cafeina. Nu a fost dovedit că există o legătură între ingestia de cafeină şi riscul de anomalii congenitale sau avort spontan. Totuşi, însă, utilizarea cafeinei se asociază cu greutatea scăzută a fătului la naştere.

8. Obezitatea. Obezitatea prezintă un risc medical pentru femeia gravidă şi fătul ei. Complicaţiile cele mai probabile care ar putea să se dezvolte la femeia obeză includ: hipertensiunea, diabetul, complicaţiile plăgii, tromboembolismul.

9. Înălţimea mamei mai joasă de 150 cm. Mamele cu statură mică sau subponderale au risc crescut pentru: morbiditate şi mortalitate perinatală, copii subponderali la naştere, naştere înainte de termen.

10. Multiparele. Femeile multipare au risc pentru: placenta praevia, hemoragii post-partum secundare atoniei uterine, creşterea incidenţei de gemeni dizigoţi. La multiparele ce au mai mult de 4 copii riscul mortalităţii neonatale e cu 40% mai mare. Mortalitatea maternă creşte proporţional numărului de naşteri şi vârstei mamei.

11. Avortul electiv în al doilea trimestru. În cazul avortului electiv în al doilea trimestru trauma cervicală prin dilatarea de elecţie a cervixului poate conduce la un risc crescut pentru: avort spontan, incompetenţa cervixului, naştere înainte de termen, copil cu greutate scăzută la naştere.

12. Intervalul dintre naşteri mai mic de 2 ani. Există o mare probabilitate că nou-născutul care a fost conceput îndată după naşterea copilului precedent va fi prematur şi are mai mari şanse de a muri în perioada neonatală.

13. Sarcină nedorită. Există un risc sporit de morbiditate şi mortalitate maternă şi infantilă la femeile cu sarcină nedorită.

14. Multe avorturi în anamneză. Femeile cu multe avorturi în anamneză au risc sporit pentru: întreruperea intempestivă a sarcinii, hipoxia intrauterină a fătului, insuficienţă feto-placentară, morbiditate şi mortalitate neonatală înaltă.

15. Naşterile premature în anamneză. La femeile care au avut în anamneză naşteri înainte de termen există un risc sporit de naştere înainte de termen în sarcinile ulterioare.

16. Moarte perinatală în anamneză. Femeile care au avut deces perinatal (copil născut mort sau deces neonatal) prezintă un lot de risc pentru următoarele complicații obstetricale şi neonatale: anomalii congenitale ale fătului, naştere înainte de termen, boală hemolitică a nou-născutului.

17. Avortul spontan habitual (mai mult de 2 avorturi). Avortul spontan habitual constituie un factor de risc pentru: întreruperea intempestivă a sarcinii, dezvoltarea insuficienței feto-placentare, dezadaptarea nou-născutului în prima lună.

18. Anomalii de dezvoltare a copiilor. Dacă femeia a născut anterior un copil cu anomalii congenitale există un risc crescut pentru ea de a da naştere unui alt copil cu anomalii congenitale. Factorii ce pot duce la un risc înalt de apariție a anomaliilor sunt:

a) Consangvinitatea. Mariajul dintre rude apropiate determină o mare cantitate de gene identice, de aici rezultând posibilitatea de a împărți gene mutante similare, determinând riscul crescut de avort sau boli genetice recesive rare la urmaşi.

b) Vârsta parentală avansată (maternă sau paternă). Există un risc crescut pentru sindromul *Down* odată cu creşterea vârstei mamei (peste 35 de ani). Există un risc crescut pentru mutația „*de novo*" a unei singure gene cu vârsta patemă avansată (peste 55 de ani).

19. Masa copilului născut până la 2500 gr. Dacă femeia a născut anterior un copil cu masa corpului mai joasă de 2500 g există un risc potențial de a naşte copii cu masă redusă şi în viitor.

20. Anamneza infertilității. Femeile care suferă de infertilitate (sterilitate) au risc sporit pentru decurgerea patologică a sarcinii în caz de survenirea ei: avort spontan, naştere prematură, hipoxie intrauterină a fătului, dezadaptarea nou-născutului.

21. Miomul uterin. Gravidele cu miom uterin constituie un lot de risc înalt pentru: întreruperea intempestivă a sarcinii şi dezvoltarea insuficienței utero-feto-placentare în timpul sarcinii, patologia perinatală, complicații în timpul naşterii şi în perioada de după naştere.

Gradul de dezvoltare a riscului depinde de vârsta femeii, mărimea şi localizarea nodulului miomatos, durata maladiei. În grupul de risc moderat sunt incluse femeile cu vârsta până la 35 de ani, fără patologie extragenitală, cu localizarea subseroasă a nodulului miomatos, mărimea miomului până la 8–9 săptămâni, durata maladiei de până la 5 ani.

În grupul de femei cu risc sporit sunt incluse femeile primipare cu vârsta mai avansată de 35 ani, cu localizarea nodulului miomatos intramural şi creştere centropetală, mărimea de 10–13 săptămâni de sarcină, precum şi femeile cu localizare submucoasă a miomului uterin şi femeile care au suportat miomectomie conservativă, cu deschiderea cavității uterine sau cu decurgerea complicată a perioadei postoperatorii.

22. Cicatricea pe uter după operația legată de adenomioză. Cicatricea pe uter după operația de adenomioză creşte riscul pentru: ruptură uterină, hemoragie post-partum, distocie uterină.

23. Sarcina ectopică în anamneză. O femeie cu un istoric de sarcină ectopică are un risc crescut de a dezvolta altă sarcină ectopică. De aceea este un imperativ ca ea să fie evaluată la 5–6 săptămâni de gestație prin examinare clinică sau ultrasonografie vaginală, astfel încât localizarea sarcinii să fie confirmată imediat.

24. Anomaliile de dezvoltare ale uterului. Pentru femei cu defecte anatomice ale tractului reproductiv este risc crescut pentru: avort spontan, travaliu înainte de termen, pierdere în greutate perinatală, copil subponderal la naştere, dezlipire prematură de placentă.

25. Viciul cardiac. Boala cardiacă are atât implicaţii materne, cât şi fetale. La mamă boala cardiacă se poate dezvolta sau înrăutăţi. Datorită modificărilor hemodinamice asociate cu sarcina, unele leziuni cardiace sunt periculoase, cum ar fi sindromul Eisenmenger, hipertensiunea pulmonară primară, sindromul Marfan şi stenozele mitrale sau aortice cu implicaţii hemodinamice. Creşterea şi dezvoltarea fetală sunt dependente de un aport adecvat de sânge bine oxigenat. Dacă acest aport este limitat, cum pare să fie în unele leziuni cardiace, atunci fătul are risc de dezvoltare anormală şi chiar moarte.

26. Hipertensiunea indusă de sarcină. Femeile cu un istoric de preeclampsie indusă de sarcină au probabilitatea de a dezvolta în sarcinile următoare: preeclampsie, dezlipire prematură de placentă, pierdere perinatală, mortalitate maternă, infarct miocardic, insuficienţă utero-placentară, accident cerebrovascular.

27. Boala pulmonară. Funcţia respiratorie maternă şi schimbul de gaze sunt afectate de alteraţiile biochimice şi mecanice, care au loc într-o sarcină normală. Efectul sarcinii asupra bolii pulmonare este deseori neprecizabil. Astfel, când boala pulmonară afectează sănătatea maternă sau compromite aportul de sânge bine oxigenat la făt, trebuie de intervenit.

28. Maladia renală. Maladia renală constituie un factor important de risc pentru dezvoltarea fetală.

29. Diabetul. Multe probleme materne şi fetale pot complica sarcina unei diabetice, şi anume: mortalitatea maternă, mortalitatea fetală, hidramniosul, anomaliile congenitale, hipertonia cronică, preeclampsia, edemul matern, pielonefrita maternă, mortalitatea neonatală (anomaliile congenitale fiind cauza majoră) şi morbiditatea neonatală, şi anume sindromul de detresă respiratorie, macrosomia, hipoglicemia, hiperbilirubinemia, hipocalcemia.

30. Patologia glandei tiroide. Hipotiroidismul sau hipertiroidismul netratat pot afecta profund rezultatul sarcinii. Tiroida fetală este autonomă şi nu este afectată de hormonul tiroidian matern; totuşi tratamentul bolii tiroidiene în timpul sarcinii poate fi foarte complicat, deoarece tiroida fetală răspunde la aceiaşi agenţi farmacologici ca şi tiroida maternă.

31. Bolile hematologice. Hemoglobinopatiile pot fi sever afectate de sarcină prin apariţia unor complicaţii severe atât la mamă, cât şi la făt. Bolile de coagulare pot afecta conduita antepartum, intrapartum, naşterea şi perioada postpartum datorită posibilităţii dezvoltării hemoragiei.

32. Infecţiile tractului reproductiv. Unele infecţii ale tractului reproductiv, cum ar fi chlamidioza şi gonoreea pot cauza inflamarea pelviană cu afectarea funcţiei trompelor uterine şi duce la infertilitate. Netratarea sau tratarea neadecvată a maladiilor sexual transmisibile pot duce la infectarea fătului şi dereglarea procesului gestaţional. Sifilisul, chlamidioza, gonoreea, HIV-infecţia, hepatita B, herpesul genital pot cauza complicaţii severe fetale şi neonatale (avort spontan, naştere prematură, moartea antenatală a fătului, conjunctivită, sepsis, pneumonie, meningită, otită la nou-născut). Infecţia cervicală şi vaginală, de asemenea, poate duce la complicaţii gestaţionale şi neonatale.

33. Boala vasculară de colagen (boala reumatismală). Efectul sarcinii în caz de boli reumatice este imprevizibil: poate duce la agravarea bolii. Boala reumatismală poate afecta rezultatul sarcinii (de exemplu, femeile cu lupus eritematos sistemic au risc crescut de avort, naştere prematură şi moarte fetală intrauterină), iar agenţii farmacologici particulari folosiţi în tratamentul bolii pot afecta negativ fătul.

20.6. PRIORITĂŢILE DE APLICARE A PLANINGULUI FAMILIAL ÎN DIFERITE GRUPE DE VÂRSTĂ

Fiecare persoană sau cuplu pe parcursul vieţii au nevoie de a preîntâmpina o sarcină. Selectarea metodei de contracepţie se bazează pe avantajele şi dezavantajele (*tabelul 67*) fiecăreia dintre acestea, dar, la diferite etape de viaţă, spectrul de utilizare a contraceptivelor recomandate de medic va fi diferit.

20.6.1. CONTRACEPŢIA LA ADOLESCENTE

Perioada de adolescenţă determinată de OMS ca perioada de vârstă între 10 şi 19 ani se caracterizează prin schimbări fiziologice, anatomice şi psihologice, care permit adolescentului să se adapteze la schimbările sociale.

În condiţiile de azi maturizarea biologică a adolescentelor are loc mai devreme ca la generaţiile precedente, însă ele adeseori nu ating gradul corespunzător de maturare psiho-socială, iar independenţa economică vine şi mai târziu. Vârsta menarhei a devenit mai precoce. Aceasta înseamnă că şi posibilitatea de a avea copii tot apare mai devreme. Vârsta căsătoriei devine însă tot mai tardivă. Aşadar, s-a mărit perioada de timp când tinerii pot avea relaţii sexuale premaritale şi sunt capabili de a avea copii. Relaţiile sexuale întâmplătoare fără protejarea sănătăţii reproductive în această perioadă se răsfrâng în mod negativ asupra sănătăţii tinerilor. Aceasta poate duce la sarcini nedorite care se soldează cu naşterea copiilor nedoriţi şi cu infectarea lor cu maladii sexual transmisibile. Consecinţele unei sarcini nedorite pot fi, de asemenea, şi iminenţa avortului sau naşterea la vârstă fragilă, care se asociază cu un risc extrem de înalt al morbidităţii şi mortalităţii materne.

În aceste condiţii e necesar de a îmbunătăţi accesul tineretului către informare, contracepţie, serviciile de protejare a sănătăţii reproductive, de a efectua profilaxia maladiilor cu transmisie sexuală. Metodele de planificare familială permit de a păstra sănătatea reproductivă la tineri către momentul căsătoriei. Cu părere de rău, societatea noastră nu are grijă de generaţia tânără, care devenind sexual activă practic nu ştie cum să-şi protejeze sănătatea reproductivă.

Pentru a familiariza adolescenţii cu consecinţele relaţiilor sexuale fără aplicarea metodelor de protecţie e necesar ca serviciul de planificare familială să fie accesibil pentru adolescenţi. O importanţă deosebită trebuie acordată factorilor interpersonali, care trebuie să corespundă cerinţelor speciale ale adolescenţilor şi care au o influenţă deosebită asupra folosirii metodelor de protejare a sănătăţii reproductive. Aceşti factori pot fi divizaţi în 2 categorii: 1. încrederea adolescentului în specialistul care îl consultă şi 2. calitatea consultării şi informaţiei acordate.

Elementele de bază în timpul consultării adolescenţilor trebuie să fie: stabilirea unor relaţii de încredere, păstrarea confidenţialităţii, implicarea părinţilor în caz dacă e posibil, controlul organelor pelviene trebuie efectuat numai la dorinţa pacientei.

Tabelul 67

Principalele avantaje şi dezavantaje ale metodelor de contracepţie

Metoda de contracepţie	Avantaje	Dezavantaje
Contraceptivele orale combinate (COC)	- eficacitate înaltă; - siguranţă; - reversibilitatea fertilităţii; - beneficii menstruale; - prevenirea chisturilor ovariene funcţionale; - protecţia împotriva sarcinii ectopice; - micşorarea acneei; - intensificarea satisfacţiei sexuale; - protecţia împotriva osteoporozei, endometriozei, artritei reumatice, aterosclerozei; - pot fi folosite ca metodă de contracepţie de urgenţă în cazul unui act sexual neprotejat; - diminuarea riscului inflamaţiilor pelvine.	- lipsa protecţiei împotriva maladiilor sexual transmisibile; - necesită administrare zilnică; - cost înalt; - pot cauza uneori efecte secundare (greţuri, vomă, dureri de cap, depresie); - unele nu sunt compatibile la fumători.
Pilulele numai cu progestagen	- lipsa efectelor secundare atribuite componentului estrogenic (nu au un efect negativ asupra sistemului cardiovascular); - nu interferează cu lactaţia; - au efect antianemic; - micşorează crampele abdominale menstruale; - micşorează durerile ovulării; - descresc riscul cancerului endometrial şi ovarian; - micşorează incidenţa tumorilor mamare benigne; - previn maladiile inflamatorii pelviene.	- pot cauza dereglări ale ciclului menstrual: sângerări intermenstruale, amenoree; - pot avea efecte secundare nedorite: dureri de cap, depresie, tensiune mamară; - nu protejează de infecţiile sexual transmisibile; - eficacitate mai scăzută decât a COC; - măresc riscul apariţiei chisturilor funcţionale şi sarcinii ectopice.
Contraceptivele injectabile Depo-Provera	- contracepţie reversibilă de o eficacitate înaltă; - comoditate în utilizare, nu necesită utilizare zilnică; - nu are acţiune negativă asupra lactaţiei; - poate fi utilizată de femeile de vârstă după 35 de ani; - nu are efecte secundare asociate cu utilizarea componentului estrogenic; - posedă avantaje necontraceptive: micşorează simptomele de dismenoree, reduce riscul apariţiei sarcinii ectopice, al afecţiunilor inflamatorii pelviene, mastopatiilor mamare, cancerului endometrial şi ovarian.	- dereglarea ciclului menstrual de tip oligomenoree sau sângerări menstruale neregulate; - poate întârzia revenirea fertilităţii; - la unele femei duc la modificări metabolice (creşterea în greutate până la 2 kg pe an, meteorism) şi dereglări neurologice (dureri de cap moderate, ameţeli, oboseală);

Sterilizarea chirurgicală	- eficacitate înaltă; - contracepţie permanentă; - nu necesită intervenţii zilnice; - nu are efecte secundare.	- este metodă ireversibilă; - prezintă riscurile asociate intervenţiei chirurgicale.
Dispozitivele intrauterine (DIU)	- eficacitate înaltă; - contracepţie de lungă durată; - nu necesită intervenţii zilnice; - nu exercită efecte metabolice sistemice; - cost redus.	- înainte de inserţie necesită examinare ginecologică şi controlul infecţiilor urogenitale; - necesită o pregătire specială a personalului medical pentru inserare şi extragere; - nu protejează faţă de maladiile cu sexual transmisibile; - pot duce la sporirea riscului inflamaţiilor pelviene şi sterilităţii la femeile din grupa de risc de infectare cu maladii sexual transmisibile.
Condomul	- protecţie faţă de maladiile sexual transmisibile; - accesibilitate; - cost redus; - efecte secundare minime.	- eficacitate joasă în prevenirea unei sarcini nedorite; - dependenţa de actul sexual.
Spermicidele	- uşor de folosit; - previn maladiile sexual transmisibile; - contracepţie dirijată; - nu au efecte secundare (nu conţin hormoni).	- în unele cazuri pot cauza iritaţie sau reacţie alergică a organelor genitale; - eficacitate scăzută împotriva prevenirii unei sarcini nedorite şi a maladiilor sexual transmisibile; - pot provoca un anumit disconfort în timpul actului sexual atât pentru femeie, cât şi pentru bărbat.
Abstinenţa periodică	- nu costă nimic; - nu are efecte secundare; - este o contracepţie reversibilă.	- eficienţă scăzută; - necesită monitorizare zilnică.

Consultarea adolescenţilor trebuie efectuată unul la unul, într-o atmosferă de bunăvoinţă, cu folosirea materialelor ilustrative în timpul consultării. E necesară de asemenea pregătirea specială a personalului pe întrebările dezvoltării psiho-sociale a adolescenţilor, prezenţa în clinică a unui consultant privind problemele adolescenţilor. Pacienţilor trebuie să le fie oferită o informaţie amplă şi detaliată despre toate metodele de contracepţie, pentru ca ei să poată face o alegere informată.

Una dintre particularităţile comportamentului sexual al adolescenţilor este schimbul frecvent al partenerilor. De aceea ei trebuie să folosească metode contraceptive care i-ar putea proteja nu numai de o sarcină nedorită, dar şi de maladiile sexual transmisibile.

În timpul alegerii metodelor de contracepţie pentru adolescenţi e necesar de a avea în vedere ca aceste metode să fie temporare şi să fie îndreptate spre profilaxia maladiilor sexual transmisibile. Cele mai eficiente metode de contracepţie din considerente de protecţie faţă de o sarcină nedorită şi maladii sexual transmisibile se consideră metodele de barieră (condomul masculin) şi contraceptivele orale combinate (COC).

20.6.2. CONTRACEPŢIA LA FEMEI DUPĂ 35 DE ANI

Majoritatea femeilor în vârsta de după 35 de ani şi-au încheiat formarea familiei sale şi în viitor nu mai doresc copii. Sarcina la ele, de obicei, este nedorită şi implică un risc crescut atât pentru mamă, cât şi pentru făt. La această categorie de femei, în comparaţie cu femeile tinere, creşte considerabil rata mortalităţii materne, rata avortului spontan habitual, riscul naşterii copiilor cu anomalii cromozomiale, rata mortalităţii perinatale.

Alegerea metodelor contraceptive pentru prevenirea sarcinii nedorite la aceste femei devine dificilă din cauza prevalenţei înalte a obezităţii, diabetului, hipertensiunii, maladiilor cardiovasculare. Mai frecvente sunt şi riscurile legate de fumat. Spectrul recomandat de contraceptive la această vârstă va fi:

Sterilizarea chirurgicală poate fi considerată ca cea mai bună metodă contraceptivă pentru cuplurile cu vârstă avansată care nu doresc copii.

Dispozitivul intrauterin este o metodă bună de contracepţie pentru femeile după 35 de ani cu acţiune de lungă durată, eficientă şi fără efecte sistemice.

Metodele de barieră şi spermicidele nu prezintă efecte secundare semnificative, dar eficacitatea lor este mai joasă decât a celor hormonale şi DIU.

Abţinerea periodică poate fi o metodă mai uşor acceptabilă pentru o femeie de vârsta după 35 de ani decât pentru una tânără. Cuplurile mai în vârstă mai bine respectă instrucţiunile pentru recunoaşterea fazei fertile a ciclului menstrual şi pot practica mai uşor această metodă. Totuşi rata înaltă de eşec face ca ea să fie mai puţin preferabilă.

Contraceptive orale combinate. Riscul maladiilor cardiovasculare creşte cu vârsta şi poate să crească la femeile fumătoare după 35 de ani care folosesc contraceptive orale combinate. Cu toate acestea dacă femeia nu fumează şi nu are alţi factori de risc, precum ar fi hipertensiunea, diabetul, obezitatea sau antecedentele familiale de boli cardiovasculare, riscurile asociate cu utilizarea de pilule în doze mici de hormoni sunt minime. Multe din efectele favorabile legate de utilizarea contraceptivelor orale sunt importante pentru femeile de vârstă avansată. Este dovedit că COC scad incidenţa cancerului uterin şi ovarian, sarcinii ectopice, tumorilor benigne ale glandelor mamare, endometriozei şi fibromiomului uterin, preîntâmpină apariţia osteoporozei şi artritei reumatice. De aceea după un screening detaliat al factorilor de risc al maladiilor cardiovasculare în această grupă de femei pot fi folosite COC cu doze mici de estrogeni.

Contracepţia bazată numai pe progestageni oferă avantajele lipsei estrogenilor din compoziţia lor, adică poate fi folosită fără teamă şi la categoria de femei după 35 de ani care fumează şi care au factori de risc pentru maladiile cardiovasculare.

În timpul consultării unei paciente cu vârsta peste 35 de ani medicul trebuie să prezinte o informaţie amplă despre toate metodele de contracepţie, inclusiv avantajele, dezavantajele şi riscurile asociate. Prioritate trebuie acordată metodelor care asigură o contracepţie de lungă durată şi permanentă, cum ar fi sterilizarea chirurgicală, aplicarea sterilețului intrauterin.

Consultarea pacientelor de peste 35 de ani ce folosesc COC trebuie să fie bazată pe un control medical riguros, care include: acceptabilitatea, analiza efectelor secundare, analizele clinice şi de laborator.

20.6.3. CONTRACEPȚIA DUPĂ NAȘTERE

Contracepția după naștere are priorități importante: mărește intervalul dintre nașteri, permite păstrarea sănătății mamei și a copilului și reduce mortalitatea. În perioada de graviditate și naștere sunt posibilități adăugătoare de contact al femeii cu instituțiile curative în timpul consultării prenatale și postnatale. Aceasta e o posibilitate de a efectua o consultare pe problemele contracepției.

– **Caracteristica metodelor folosite după naștere:**

– *Metoda amenoreei de lactație.* Este efectivă în primele 6 luni dacă femeia alăptează fără substituire și are amenoree.

– *Dispozitivele intrauterine.* Pot fi folosite efectiv îndată după naștere. Nu sporesc riscul infecției, hemoragiilor și perforației uterului. Nu au acțiune negativă asupra lactației.

– *Sterilizarea chirurgicală.* Se recomandă de a efectua minilaparotomia cu ligaturarea trompelor uterine. Nu sporește riscul complicațiilor după naștere, dar este o metodă ireversibilă și, deci, necesită o consultare atentă.

– *Contraceptivele orale.* Femeilor care alăptează li se recomandă folosirea pastilelor numai cu progestageni, care nu au acțiune nefavorabilă asupra lactației și dezvoltării copilului. Contraceptivele orale combinate nu se recomandă femeilor care alăptează întrucât scad secreția laptelui matern și durata lactației.

– *Metodele de barieră.* Pot fi folosite îndată după reînnoirea relațiilor sexuale. Eficacitatea depinde de corectitudinea folosirii.

20.6.4. CONTRACEPȚIA DUPĂ AVORT

Consultarea pacientelor după avort trebuie să constituie o parte importantă a asistenței medicale în domeniul planificării familiale. Personalul medical care acordă servicii de întrerupere a sarcinii nedorite trebuie să cunoască și să acorde servicii de consultare privind planificarea familială. Mai jos sunt prezentate recomandările privitor la folosirea metodelor contraceptive după avort.

– *Metodele de barieră* pot fi folosite îndată după reînceperea relațiilor sexuale. Ele sunt mai puțin efective ca sterilizarea chirurgicală, DIU și contraceptivele hormonale. De aceea metodele de barieră trebuie folosite ca o metodă temporară de contracepție sau adițională pentru profilaxia bolilor cu transmisie sexuală.

– *Contraceptivele orale combinate* pot fi folosite ca metode de bază de contracepție după un avort efectuat atât în primul, cât și în al doilea trimestru de sarcină. COC pot fi indicate îndată după avort chiar în caz de infecție intrauterină.

– *Progestinele injectabile,* ca și COC, pot fi indicate ca metodă de contracepție de bază femeilor după avort.

– *Dispozitivele intrauterine* pot fi inserate îndată după un avort spontan sau artificial efectuat în primul trimestru de sarcină, dacă nu sunt semne de infecție intrauterină. Incidența expulsiei DIU în aceste cazuri nu este mai mare ca în caz de inserție obișnuită. Nu se constată sporirea riscului infecției organelor pelviene și necesității de a efectua un chiuretaj uterin repetat. Nu se recomandă inserarea unui DIU îndată după un avort efectuat în trimestrul doi de sarcină, deoarece rata expulsiilor și frecvența extracției DIU din cauza hemoragiilor uterine și a durerilor pelviene este destul de înaltă. Procedura de inserare a unui sterilet în aceste cazuri poate fi efectuată nu mai devreme de 6 săptămâni.

– *Sterilizarea chirurgicală* poate fi efectuată îndată după un avort care a decurs fără complicații. Ocluzia tubară după un avort efectuat în primul trimestru se va efectua prin laparoscopie sau minilaparotomie cu accesul în regiunea suprapubiană. Principiile de sterilizare a femeii după un avort efectuat în trimestrul doi sunt similare cu cele în cazul unei femei după naştere.

– *Metodele naturale de contracepție* nu sunt recomandabile în perioada postavortum, deoarece este foarte dificil de a determina momentul primei ovulații. Aceste metode pot fi folosite numai în cazul restabilirii ciclului menstrual regulat.

20.7. METODELE CONTEMPORANE DE PLANIFICARE FAMILIALĂ

Formele moderne de contracepție permit cuplurilor şi persoanelor singure să aleagă când şi câți copii să aibă, fără a-şi pune în pericol şansele ulterioare de a procrea. Prin adoptarea contracepției moderne e posibil de a planifica numărul copiilor săi şi de a îmbunătăți calitatea vieții. Formele moderne de contracepție:

- diversifică gama de opțiuni privind reproducerea;
- îmbunătățesc sănătatea femeilor şi a bărbaților;
- permit de a alege momentul sarcinii, astfel încât femeile şi cuplurile să poată avea copii atunci când doresc şi câți doresc;
- asigură copiilor lor bunăstarea materială şi afectivă;
- permit femeilor şi cuplurilor să se bucure pe deplin de viața sexuală;
- ajută femeile să evite teama şi stresul legate de relațiile sexuale.

Motivele pentru care formele moderne de contracepție sunt folosite mai puțin decât avortul:

- lipsa educației referitoare la sexualitate;
- informații greşite despre metodele moderne de contracepție;
- lipsa comunicării sau comunicarea deficitară în cadrul cuplurilor;
- discontinuitatea accesului la formele moderne de contracepție şi costul ridicat al acestora;
- numărul insuficient de personal medical calificat.

20.8. PRACTICA INTERNAȚIONALĂ ÎN ORGANIZAREA PLANIFICĂRII FAMILIALE

La momentul de față în plan internațional planificării familiale se atribuie un rol-cheie în soluționarea unor probleme stringente care preocupă întreaga omenire, cum ar fi suprapopularea planetei, mortalitatea maternă şi infantilă, maladiile cu transmisie sexuală. Cel mai remarcabil succes în planificarea familială l-au obținut țările vest-europene unde indicii sănătății reproductive sunt cei mai buni din lume. Programele naționale de planificare familială ale acestor țări includ următoarele strategii:

20.8.1. ASIGURAREA NECESITĂȚILOR NESATISFĂCUTE ALE CONSUMATORILOR

Diferite persoane în diferite perioade ale vieții au diferite necesități în planificarea familială. Tradițional serviciile de planificare familială lucrează cu femeile

căsătorite, mai ales cu cele cu maladii extragenitale şi cu cele din localităţile urbane. Nu se iau în considerare sau nu sunt pe deplin satisfăcute necesităţile femeilor necăsătorite sexual active, adolescenţilor, persoanelor care trăiesc în zonele rurale.

Pentru hotărârea acestor probleme în majoritatea ţărilor europene funcţionează centre de planificare familială statale, neguvernamentale, private. Serviciile de planificare familială sunt fără plată sau la un preţ accesibil. În multe ţări grupurilor vulnerabile (adolescenţi, persoane care nu lucrează) contraceptivele se oferă în mod gratis. Clinicile de planificare familială lucrează după un orar convenabil pentru întreaga populaţie.

– *Îmbunătăţirea calităţii deservirii.* Un factor important în planificarea familială este respectarea drepturilor omului la planificarea familială. Federaţia Internaţională de planificare familială a formulat un set de drepturi în planificarea familială, care prin consens internaţional au fost acceptate de toate ţările.

Persoana care apelează la serviciile de planificare familială are dreptul la:

- *Informare.* Să cunoască existenţa şi beneficiile planificării familiale.
- *Acces.* Să aibă acces la servicii, indiferent de sex, religie, etnie, statut matrimonial sau domiciliu.
- *Opţiune.* Să decidă liber dacă va practica planingul şi ce metodă va folosi.
- *Siguranţă.* Să poată recurge la o metodă de planificare familială eficientă şi lipsită de riscuri.
- *Intimitate.* Serviciile să-i fie oferite într-o ambianţă plăcută, intimă.
- *Confidenţialitate.* Să se garanteze păstrarea confidenţialităţii.
- *Demnitate.* Să fie tratat politicos, cu respect şi atenţie.
- *Confort.* Să se simtă confortabil în timpul consultaţiei.
- *Continuitate.* Să folosească metodele alese atât timp cât doreşte.
- *Opinie.* Să-şi poată exprima opinia privitor la serviciile primite.

20.8.2. INTEGRAREA ŞI DIVERSIFICAREA SERVICIILOR DE PLANIFICARE FAMILIALĂ

Conform concepţiei contemporane planificarea familială nu este numai o problemă medicală şi cu atât mai mult nu numai a ginecologului. De aceea soluţionarea problemei planificării familiale necesită o conlucrare multidisciplinară atât a organizaţiilor guvernamentale şi neguvernamentale, cât şi a persoanelor de diferite profesii (ginecologi, specialişti în planificarea familială, medici de medicină generală, moaşe, asistente medicale, asistente sociale, psihologi, psihiatri, sexopatologi, jurişti, pedagogi, profesori).

– *Rolul ginecologului.* Practica internaţională a arătat că serviciile de planificare familială trebuie să constituie o parte integrantă a sistemului de ocrotire a sănătăţii. Ginecologului i se atribuie rolul-cheie în soluţionarea următoarelor probleme: consultarea privitor la prevenirea unei sarcini nedorite, consultingul preconcepţional, contracepţia după naştere şi după avort, sterilizarea chirurgicală, tratamentul maladiilor sexual transmisibile, sterilităţii şi prematurităţii.

– *Rolul moaşei.* În Scandinavia moaşele joacă un rol cheie în protejarea sănătăţii sexual-reproductive. Ele acordă ajutor în timpul sarcinii şi naşterii. Majoritatea femeilor se adresează după ajutor la moaşă. Moaşelor li se permite să prescrie

contraceptive şi să facă inserţia DIU. Moaşele efectuează un lucru de consultare a femeilor după naştere în problemele contracepţiei. Ele efectuează de asemenea lucrul de profilaxie a maladiilor cu transmisie sexuală şi sarcinii nedorite în clinicile pentru tineret.

– *Lucrătorul social.* Profesia lucrătorului social este foarte răspândită în Scandinavia. Lucrătorii sociali ocupă locul de bază în serviciile sociale, însă adiacent activează şi în echipa de ocrotire a sănătăţii mamei şi copilului. Ei primesc o pregătire universitară pe parcursul a 3,5 de ani privind problemele vieţii societăţii, dezvoltării relaţiilor de familie, rezolvării problemelor de conflict, acumulează cunoştinţe juridice şi legate de activitatea informativ-educaţională. De asemenea, ei primesc o pregătire specială privind problemele sexualităţii şi sănătăţii reproductive. În oraşele mari lucrătorii sociali lucrează în centrele pentru ocrotirea sănătăţii mamei şi copilului. Specializarea acestora constă în lucrul cu femeile gravide şi cu familiile unde sunt copii mici. O atenţie deosebită se acordă femeilor tinere, femeilor gravide celibatare, femeilor gravide în stare de depresie, la care s-au stabilit relaţii proaste cu soţul şi părinţii. Scopul lor este de a reduce stresul psiho-social al femeii în timpul gravidităţii, care acţionează negativ asupra stării copilului şi a femeii. Se efectuează câte 8 şedinţe în grupuri în timpul gravidităţii şi 3 după naştere. Tematica acestor şedinţe este diversă şi include aşa întrebări ca: dezvoltarea copilului, decurgerea sarcinii, pregătirea către naştere, conduita în timpul şi după naştere, importanţa distribuirii responsabilităţii între ambii părinţi, ajutorul soţului, alăptarea la sân, relaţiile sexuale după naştere.

20.8.3. REALIZAREA DREPTULUI LA UN AVORT FĂRĂ PERICOL

Întreruperea artificială a sarcinii este o metodă foarte răspândită de control al fertilităţii. Necesitatea de a efectua avortul poate fi un rezultat al dezvoltării insuficiente a serviciilor de planificare familială, lipsa posibilităţii de a alege metode contraceptive, educaţia sexuală nesatisfacătoare. Conform statisticii oficiale anual în lume se întrerup prin avort cca 50 mln. sarcini. O treime din numărul total de avorturi se efectuează în condiţii ilegale sau nesigure. Avorturile ilegale sunt cauza principală a mortalităţii materne. Un factor foarte important în îmbunătăţirea situaţiei privitor la avort este considerat perfecţionarea legislaţiei. Conform clasificaţiei (Ketting, 1993), legile cu privire la avort în Europa pot fi împărţite în 4 categorii:

La cerere. Femeia are dreptul juridic de a întrerupe sarcina la dorinţă. În majoritatea ţărilor aceasta se referă numai trimestrul I de sarcină. În Suedia şi Olanda femeia poate întrerupe sarcina la cerere şi în trimestrul II de sarcină.

Destul de libere. Avortul este permis nu numai după indicaţii medicale, dar şi sociale. Aşa indicaţii pot fi: starea financiară proastă, vârsta fragedă sau avansată, un număr anumit de copii în familie.

Destul de severe. Efectuarea avortului este permisă numai în cazul unor anumite condiţii: pericol pentru sănătatea femeii, anomalii de dezvoltare a copilului, viol.

Foarte severe. Avortul nu este permis şi poate fi efectuat numai în cazurile când sarcina prezintă un risc pentru viaţa femeii.

Doar în Irlanda şi Malta legislaţia privitor la avort poate fi considerată ca foarte severă. În majoritatea ţărilor din Europa legile respective fac parte din prima cate-

gorie. În ultimii 10 ani se constată o tendinţă de liberalizare a legii privitor la avort în toate ţările din Europa. În această perioadă s-au extins indicaţiile şi au devenit mai liberale legile privitor la avort în Spania, Portugalia, Grecia, Turcia, România, Albania, Cehia, Slovacia şi Belgia. În acelaşi timp legislaţia a devenit mai restrictivă în Polonia.

Cel mai jos indice al avortului (mai puţin de 10 la 1000 femei de vârstă fertilă) se constată în Olanda, Belgia, Scoţia, Elveţia şi Finlanda. Experienţa ţărilor Europei de Vest arată că numărul de avorturi şi rata complicaţiilor după avort pot fi scăzute prin mărirea nivelului de utilizare a metodelor efective de contracepţie şi implementarea în practică a noilor tehnologii de întrerupere a sarcinii. Cu toate că avortul este legal, în ţările ex-URSS, inclusiv în Moldova, acesta foarte des este efectuat în condiţii nesigure. Conform datelor OMS avortul în siguranţă este folosirea unei tehnologii moderne de întrerupere a sarcinii, asigurarea unui suport psihologic şi a contracepţiei după avort.

Elementele de bază ale deservirii în caz de avort includ:

- *Consultare şi informare.* Avortul se efectuează ca o alegere informată. Pacienta trebuie informată despre operaţia de întrerupere a sarcinii, efectele secundare, tratamentul necesar în caz de complicaţii.
- *Evaluarea stării sănătăţii.*
- *Alegerea metodei de întrerupere.* Se preferă metoda de vacuum aspiraţie şi nu cea a chiuretajului.
- *Competenţa personalului medical.*
- *Profilaxia infecţiei.*
- *Analgezia.* Suportul emoţional. Evitarea anesteziei generale.
- *Consultarea privitor la contracepţia după avort.*
- *Tratamentul complicaţiilor.*

Experienţa internaţională a arătat că pentru a reduce nivelul înalt de avorturi în rândurile populaţiei o direcţie prioritară trebuie să fie lucrul cu femeile care au avut un avort. Hotărârea acestei probleme trebuie să includă măsuri juridice, social-psihologice şi medico-sociale. Acest lucru trebuie să constituie o normă în activitatea medicilor obstetricieni-ginecologi şi a personalului medical mediu. Ca exemplu poate servi experienţa ţărilor europene, unde normele menţionate sunt demult aprobate în mod legislativ şi se realizează în practică, iar neîndeplinirea acestor instrucţiuni se califică ca o neîndeplinire a obligaţiunilor profesionale.

În cadrul pregătirii medicilor în problemele planificării familiale o atenţie deosebită trebuie acordată folosirii metodelor contraceptive după avort.

20.8.4. IMPLEMENTAREA EDUCAŢIEI SEXUALE ÎN ŞCOALĂ

În timpul de faţă în toate ţările lumii se constată creşterea activităţii sexuale a tineretului. Această tendinţă este determinată de un şir de factori obiectivi, printre care cei mai importanţi sunt: accelerarea dezvoltării sexuale, care deseori depăşeşte maturizarea psiho-socială; mărirea perioadei dintre dezvoltarea sexuală şi timpul căsătoriei; mărirea sexualităţii premaritale; migraţia tineretului în oraş pentru învăţătură; răspândirea literaturii pornografice. Practica internaţională arată că organizarea corectă a educaţiei sexuale şi dezvoltarea serviciilor de planificare

a familiei pentru adolescenţi duc la scăderea numărului sarcinilor nedorite, avorturilor, riscului infecţiilor sexual transmisibile şi acţionează pozitiv asupra sănătăţii reproductive a adolescenţilor.

Experienţa Suediei şi Olandei a arătat că elementele de bază în îmbunătăţirea sănătăţii sexual-reproductive a adolescenţilor sunt:

Introducerea educaţiei sexuale în şcoală. Educaţia sexuală timpurie, începând cu vârsta de 7 ani, nu duce la un debut sexual precoce, ci invers – amână începutul relaţiilor sexuale.

Consultarea medicală şi psiho-socială în şcoală. Alături de pedagogi, în şcoli activează brigăzi speciale în acordarea ajutorului psihologic şi medical elevilor privind problemele sexualităţii şi protejării sănătăţii reproductive. Aceste brigăzi ajută profesorii în efectuarea educaţiei sexuale, reacţionează la primele semnale referitor la violul copiilor. Dacă o adolescentă rămâne gravidă primul la cine se poate ea adresa este consultantul şcolar, care o îndreaptă la clinică pentru efectuarea avortului. Consultanţii şcolari efectuează şi consultarea în grup a adolescenţilor în scopul formării la adolescente a simţului demnităţii personale, educării lor privind egalitatea sexelor, acordă ajutor adolescenţilor care au nimerit într-o situaţie de conflict acasă sau la şcoală.

Acordarea serviciilor medicale adolescenţilor. Un exemplu bun este organizarea clinicilor pentru adolescenţi. Echipa de specialişti care lucrează în aceste clinici e formată din ginecolog, moaşă, lucrător social, psiholog. Aceste clinici sunt predestinate pentru a acorda ajutorul de ordin psihologic şi consultativ adolescenţilor în diferite situaţii de viaţă, cum ar fi: criza pubertară, avortul suportat, suferinţele provocate de depistarea unei maladii sexual transmisibile sau de un viol. De asemenea, ele oferă consultaţii adolescenţilor privitor la contracepţie şi protejarea sănătăţii reproductive.

Organizarea liniei telefonice de încredere. Reţeaua telefonică de încredere în majoritatea ţărilor europene joacă un rol cheie în acordarea serviciilor psihologice-consultative adolescenţilor în cazurile de urgenţă: viol, act sexual neprotejat, maladie sexual transmisibile.

Proiectele tineri pentru tineri. Experienţa Federaţiei Internaţionale de planificare a familiei a arătat că un rol important în informarea adolescenţilor îl pot avea informatorii din rândurile tinerilor. Activitatea de informare a adolescenţilor privitor la problemele sexualităţii este cu mult mai efectivă dacă este efectuată de persoanele tinere într-un limbaj înţeles de ei. Adolescenţii sunt mai receptivi la informaţie dacă ea e transmisă de către semenii lor.

Lucrul cu părinţii. O importanţă deosebită în majoritatea ţărilor se acordă lucrului cu părinţii. Părinţii trebuie să înţeleagă rolul educaţiei sexuale a copiilor, contribuind la aceasta, şi nu fiind un obstacol.

REABILITAREA MEDICO-SOCIALĂ ŞI PROFESIONALĂ

21.1. ASPECTE GENERALE

Dezvoltarea reabilitării, ca sistem de măsuri medicale şi nemedicale efectuate în scop de adaptare medicală, socială şi profesională, este strâns legată de majorarea nivelului de civilizare şi schimbarea valorii fiecărui membru al societăţii. Dacă în trecut misiunea medicului era de a salva bolnavul şi a-i păstra viaţa, actualmente el are sarcina de a-i păstra şi activitatea socială, şi de a-i asigura posibilitatea unei vieţi fericite. În prezent, conform datelor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, circa 11% din întreaga populaţie a Globului suferă de diferite grade de invaliditate. Din aceste considerente se impune crearea unui sistem adecvat de reabilitare în fiecare ţară.

Reabilitarea medicală (lat. *rehabilitatio* – a restabili, a recupera) reprezintă un complex de măsuri medicale, pedagogice, profesionale şi juridice, care au scopul de a restabili, recupera, reabilita (sau compensa) funcţiile dereglate ale organismului şi capacităţile de muncă ale bolnavilor şi invalizilor.

Noţiunea de reabilitare există din 1946, când a fost adoptată la Congresul de reabilitare a bolnavilor de tuberculoză (Washington). În diverse ţări savanţii au concepţii diferite în privinţa definiţiei reabilitării, sensul ei fiind însă acelaşi.

21.2. SCOPUL ŞI SARCINILE REABILITĂRII MEDICO- SOCIALE ŞI PROFESIONALE

Scopul reabilitării este sanarea bolnavului şi acordarea ajutorului pentru restabilirea sau dezvoltarea deprinderilor profesionale, în funcţie de boala suportată.

Există următoarele tipuri de RMSP:

- adaptarea pacientului la locul precedent de muncă;
- readaptarea pacientului la un loc nou de muncă la aceeaşi întreprindere;
- activitatea la un loc nou de muncă conform calificării noi obţinute, dar cu reducerea sarcinii;
- schimbarea calificării cu încorporarea la aceeaşi întreprindere;
- schimbarea calificării în centrul de reabilitare şi incorporarea în altă specialitate.

Sarcinile reabilitării RMSP sunt:

- de a-l face pe pacient membru activ al societăţii;
- de a crea condiţii necesare pentru activarea pacientului în procesul de producţie, acesta fiind factorul hotărâtor în tratamentul şi reabilitarea pacientului.

Conform scopului şi sarcinilor indicate deosebim următoarele tipuri de asistenţă medicală pentru reabilitarea bolnavilor:

- *reabilitarea medicală* – constă dintr-un complex de măsuri dozate pentru recuperarea funcţiilor dereglate şi însănătoşirea pacientului, măsuri realizate de diverşi specialişti (traumatologi, neuropatologi, cardiologi etc.) în cabinete specializate (acupunctură, oxigenoterapie, balneoterapie etc.) cu folosirea diverselor metode de tratament (fizioterapie, gimnastică medicală, bazine curative etc.);
- *reabilitarea socială* – se efectuează de către medicii psihoneurologi şi logopezi prin metode speciale şi are ca scop recuperarea graiului, mersului, orientării în viaţa societăţii etc.;
- *reabilitarea activităţii casnice* – se efectuează în camere de locuit şi bucătării amenajate corespunzător;
- *recuperarea productivă* – este realizată de către specialişti în ateliere pentru tratamentul prin activitate profesională, dotate şi amenajate conform capacităţilor pacientului (de croitorie, lemnărie, mecanice, strungărie etc.).

21.3. PRINCIPIILE ORGANIZATORICE DE BAZĂ ALE REABILITĂRII

Succesul tratamentului de recuperare depinde de mai mulţi factori. Cei mai importanţi dintre ei sunt:

- începerea cât mai precoce a tratamentului de recuperare;
- caracterul continuu al reabilitării;
- individualizarea tratamentului;
- caracterul complex al măsurilor de recuperare;
- reintegrarea invalizilor în activitatea social-utilă.

În cazul afecţiunilor cu urmări psihice se va recurge suplimentar la metoda de apelare la persoana bolnavului prin:

- unificarea acţiunii biologice şi psihice;
- acţiunea complexă asupra bolnavului, care include măsuri medicale, psihice, familiale, profesionale şi odihna bolnavului.

Reabilitarea prevede folosirea modelelor organizatorice şi metodice unice în ceea ce priveşte determinarea gradului de dereglare a funcţiilor organelor şi sistemelor organismului, aprecierea capacităţii de muncă şi prognosticului ei, întocmirea unui plan complex şi concret de măsuri pentru reabilitare etc.

La preconizarea măsurilor de tratament se ţine cont de cerinţele enumerate mai sus, şi în primul rând, de începerea precoce şi caracterul continuu al tratamentului. Participarea la efectuarea acestor măsuri a medicilor, psihologilor, pedagogilor, juriştilor, lucrătorilor sociali etc., este o condiţie a succesului. Multe depind de evoluţia procesului patologic, de particularităţile individuale ale pacientului, calităţile lui psihice, biologice, de vârstă, nivelul studiilor, specialitate, situaţia familială etc. Luarea în considerare a tuturor acestor aspecte favorizează însănătoşirea, care la rândul său duce la reducerea ratei invalidităţii.

În efectuarea măsurilor pentru reabilitare o mare importanţă prezintă vârsta. Sub acest aspect există următoarele grupe de vârstă:

- copilăria, când se impun măsuri pedagogice şi de activitate în instituţiile preşcolare, şcoli profesionale, tehnice, colegii, licee etc.;
- vârsta tânără şi medie – reabilitarea se efectuează la locul de muncă, după un program special, cu păstrarea calificării;
- vârsta prepensionară şi pensionară, când trebuie create condiţii pentru o muncă mai uşoară şi minorizarea calificării.

Vom menţiona că femeile suportă mai greu decât bărbaţii invaliditatea, mai cu seamă cele căsătorite. În aceste cazuri este necesară adaptarea psihologică a pacientelor. Prezintă importanţă şi locul de trai al pacientului. Condiţii mai favorabile pentru efectuarea măsurilor de reabilitare sunt, de obicei, la oraş.

Asupra eficacităţii procesului de reabilitare influenţează şi nivelul studiilor generale şi profesionale. Este o dependenţă direct proporţională, deoarece studiile prezintă condiţii mai favorabile pentru recuperarea profesiei sau însuşirea uneia înrudite.

21.4. ETAPELE, NECESITATEA ŞI ASPECTELE ORGANIZATORICE ALE REABILITĂRII MEDICO- SOCIALE ŞI PROFESIONALE

Procesul reabilitării medicale are un caracter permanent şi decurge treptat, pe etape. În literatura de specialitate sunt descrise diverse principii de clasificare a etapelor reabilitării medicale.

Cea mai cuprinzătoare, după părerea noastră, este clasificarea propusă de I.K. Şvaţebaia. Ea include patru etape: I – intraspitalicească, II – extraspitalicesc-sanatorială, III – de ambulatoriu, IV – industrială şi de producţie (profesională).

La etapa intraspitalicească reabilitarea se desfăşoară în:
- centre spitaliceşti organizate în condiţiile spitalului de profil larg;
- centre spitaliceşti şi de ambulatoriu din unităţile medico-sanitare publice mari;
- spitale specializate pentru reabilitare medicală;
- centre specializate pentru reabilitarea bolnavilor cu diverse maladii ale coloanei vertebrale;
- secţii (cu o capacitate de 25-60 de paturi) în componenţa spitalelor de profil larg sau specializate;
- secţii specializate ce funcţionează în componenţa sanatoriilor locale pentru reabilitarea bolnavilor de infarct miocardic.

La determinarea variantei optime de reabilitare se iau în considerare formele raţionale de organizare şi contingentul existent al bolnavilor.

În urma studiului nivelului morbidităţii populaţiei din Republica Moldova s-a apreciat necesitatea populaţiei în reabilitare medicală (*tabelul 68*).

În baza acestei informaţii a fost întocmită varianta optimă a reţelei instituţiilor de reabilitare medicală din republică.

Reabilitarea medicală la etapa a III-a – de ambulatoriu – include următoarele patru perioade:

I – de pregătire sau tranziţie, care durează de la sfârşitul etapelor precedente (I–II) până când pacientul îşi începe activitatea profesională. La finalul acestei trepte se termină în principiu însănătoşirea pacientului, deci şi incapacitatea de muncă.

Tabelul 68

Necesitatea în reabilitare medico-socială şi profesională

Localitatea	Sexul	Reabilitarea în condiţii	
		De ambulatoriu (la 1 000 de locuitori)	De spital (sanatoriu) (paturi la 1 000 de loc.)
Rurală	b	66,1	2,8
	f	70,2	2,9
	a/s	68,3	2,8
Urbană	b	66,0	3,021
	f	70,0	3,038
	a/s	68,0	3,075

Sarcinile acestei perioade sunt următoarele:

1. continuarea măsurilor de reabilitare, efectuând corecţiile ce se impun în regimul activităţii casnice, fizice şi în tratamentul medicamentos;
2. determinarea gradului de recuperare a capacităţii de muncă;
3. întocmirea unui program individual de reabilitare;
4. aprecierea termenului optim în care pacientul îşi va putea restabili capacitatea de muncă;
5. stabilirea volumului sarcinilor de muncă pe care pacientul le va îndeplini şi, în cazurile necesare, încadrarea raţională în muncă;
6. stabilirea termenelor prezentării pe viitor în instituţia de reabilitare şi la medicul de familie.

II – schimbarea regimului casnic pe regimul activităţii profesionale, care se efectuează ţinând cont de caracterul şi specificul activităţii în producţie. Durata acestei perioade diferă de la o persoană la alta şi depinde de profesie, vârstă şi necesitatea de a munci conform profesiei sau de necesitatea de a o schimba.

Durata reabilitării se reduce dacă pacientul nu este nevoit să-şi schimbe profesia şi condiţiile profesionale. În aceste cazuri ea durează de la 2 până la 4 săptămâni. În decursul acestei perioade urmează a se studia reacţiile pacientului în procesul activităţii profesionale şi a se efectua corecţiile necesare în regimul muncii, cel casnic şi al activităţii fizice, precum şi în tratamentul medicamentos.

Perioadele ***III – recuperarea parţială*** şi ***IV – recuperarea totală*** a capacităţii de muncă se caracterizează prin faptul că volumul activităţii zilnice în condiţii casnice, de muncă şi fizice sporeşte treptat. Decurgerea recuperării în aceste perioade este determinată de particularităţile şi evoluţia bolii respective. În cadrul lor se întreprind măsuri menite să prelungească termenul în care pacienţii sunt apţi de muncă, să menţină această capacitate fizică şi să prevină progresarea bolii, deci să efectueze profilaxia secundară a maladiei respective.

Eficacitatea reabilitării medicale implică diverse aspecte de ordin medical, social şi economic:

1) *Aspectul medical* include măsuri efectuate în plan de diagnostic, curativ şi de profilaxie, mai cu seamă combaterea recidivelor (complicaţiilor) maladiilor şi traumatismelor, care se soldează cu incapacitate de muncă şi lichidarea consecinţelor apărute după bolile şi traumatismele respective. În acest scop sunt folosite metodele fizioterapeutice, balneoclimaterice, cultura fizică medicală, mecanoterapia, tratamentul prin muncă etc.

2) *Aspectul psihologic* prevede intensificarea procesului firesc de adaptare psihologică la situaţia creată de maladia sau traumatismul respectiv, tratamentul şi profilaxia diverselor dereglări psihologice. În acest scop se recurge la diverse metode psiho-terapeutice, farmacoterapeutice şi balneoclimaterice.

3) *Aspectul profesional* include nu numai recuperarea capacităţii de muncă, dar şi profilaxia minorizării sau pierderii ei. Aici se determină capacitatea de muncă, în funcţie de care se efectuează încadrarea în muncă a pacientului sau se recomandă însuşirea unei noi profesii etc.

4) *Aspectul social* include aprecierea influenţei factorilor sociali asupra dezvoltării şi decurgerii bolii şi eficacităţii măsurilor de reabilitare; asigurarea socială a legislaţiei muncii şi pensiei; restabilirea relaţiilor favorabile ale bolnavului în familie, societate şi mediul de muncă.

5) *Aspectul economic* prevede studierea cheltuielilor financiare şi a efectului economic care va fi obţinut în urma aplicării diverselor metode şi forme de reabilitare medico-socială şi profesională.

Aspectele enumerate pot fi examinate numai ca părţi ale unui întreg.

Evidenţa statistică, darea de seamă şi analiza rezultatelor RMSP parţiale şi totale (reducerea gradului de gravitate a invalidităţii) şi eficacităţii măsurilor de reabilitare medicală se efectuează în cadrul „Comisiei medicale de expertiză a vitalităţii". Informaţia menţionată se obţine în urma reexaminării medicale şi expertizei secundare a vitalităţii invalizilor. Indicii respectivi se includ în darea de seamă anuală, iar rezultatele analizei lor se reflectă în anexa la darea de seamă anuală.

CAPITOLUL 22

ORGANIZAREA ASISTENŢEI BALNEO-SANATORIALE

22.1. ISTORIC

Folosirea factorilor curativi naturali de către om a început încă din antichitate. În Grecia şi Roma Antică, unde o mare atenţie se acorda culturii şi sănătăţii corpului, în acest scop se practicau pe larg scăldatul în mare, băile de soare, mersul fără îmbrăcăminte pe plajele marine, exerciţiile fizice, masajul, se foloseau şi băi publice.

Induşii cunoşteau acţiunea favorabilă a aerului proaspăt răcoros asupra bolnavilor cu frisoane, efectul curativ al aerului de mare în caz de boli pulmonare. În Iranul Antic se ştia că arborii coniferi curăţă aerul şi îl fac tămăduitor.

Cea mai amplă informaţie despre acţiunea curativă a factorilor climaterici asupra organismului uman ne-a lăsat-o Hipocrate, care făcea regulat cercetări meteorologice şi observări asupra reacţiei organismului la acţiunea factorilor mediului ambiant. El recomanda pentru tratament băi de aer şi soare, iar bolnavilor de tuberculoză – mediul cu climă caldă, exerciţii fizice la aer curat.

Cele mai vechi mărturii (secolul bronzului) privind tratamentul cu ape minerale sunt rămăşiţele unor construcţii capitale descoperite în localităţile cu izvoare de ape carbonice din împrejurimile actualei staţiuni balneare elveţiene Sankt-Moritz. Ruinele unor astfel de construcţii din perioada puterii Imperiului Roman s-au păstrat şi la staţiunile balneare contemporane (Băile Herculane şi Săngeorz-Băi) în România.

Proprietăţile curative ale Băilor Herculane sunt cunoscute din anii 105–106. Legionarii împăratului Traian în timpul campaniilor asupra capitalei Daciei – Sarmizegetusa au construit aici o tabără întărită Media şi foloseau apa izvoarelor în scop curativ, numindu-le „izvoarele minerale sfinte ale lui Hercule". În timpul dominaţiei lor asupra Daciei (165 de ani), romanii au construit în Băile Herculane o mulţime de terme, temple şi monumente în cinstea lui Hercule, Esculap, Ghei, dând aprecierea cuvenită proprietăţilor tămăduitoare ale apelor minerale cu hidrogen sulfurat, ce recuperau puterea şi sănătatea.

În Roma Antică erau cunoscute localităţi cu ape minerale curative, unde se construiau terme. Terme erau numite băile publice cu aplicarea apelor fierbinţi (caldarii), calde (termidarii) şi reci (frigidarii). Existau, de asemenea, băi de aburi, săli de gimnastică.

De o mare popularitate se bucurau termele staţiunii balneare Bain (Baia de astăzi). Acesta era locul preferat de odihnă al aristocraţiei romane, aici se aflau vilele ce aparţineau lui Marius, Pompei, Cezar etc.

În Grecia Antică, precum şi în Roma se cunoşteau proprietăţile curative nu numai ale apelor minerale, dar şi ale aerului curat îmbibat cu aroma plantelor. Ibn

Sina (Avicenna) în „Canonul Medicinei" a descris detaliat rolul factorilor curativi naturali în fortificarea sănătăţi omului. În cartea întâia a „Canonului" se descrie acţiunea curativă a apelor din diferite izvoare la tratarea unor boli: „Apele cu conţinut de cupru, fier, sulf sunt tămăduitoare în bolile articulaţiilor, rinichilor, guşă, astm etc.".

Despre izvoarele curative de pe teritoriul republicii noastre aflăm din cronici, mesajele domnitorilor sec. XV, în particular din mesajele lui Ştefan cel Mare, datate din anii 1473–1499.

Izvorul „Chişinău" este menţionat pentru prima dată în cartea domnitorilor Ilieş şi Ştefan al II-lea de la 17 iulie 1436 sub denumirea „Chişinău Albaşa", iar gramota domnitorului Ştefan Voievod de la 15 decembrie 1517 povesteşte despre baia sub numele „Feredeu Albaşa".

La sfârşitul sec. al XVIII-lea – începutul sec. al XIX-lea F. Shulitzer (1781), A. Volf (1805) şi C. Vârnav (1836) indică prezenţa şi folosirea apelor minerale în Moldova; F. Şulitzer scrie despre proprietăţile curative ale apelor din izvoarele minerale locale faţă de cele de peste hotare.

Analiza fizico-chimică a unor ape minerale din Moldova istorică a fost efectuată pentru prima dată de medicul A. Volf în Iaşi, care a arătat proprietăţile curative şi priorităţile lor faţă de cele străine. C. Vârnav, primul medic-savant moldovean, era de părere că ţinutul nostru are multe izvoare minerale, care sunt ascunse în desişurile pădurilor.

La sfârşitul secolului al XIX-lea pe teritoriul Moldovei de odinioară erau cunoscute mai mult de 10 izvoare minerale, de o apreciere deosebită bucurându-se „Fântâna zânelor", judeţul Ianuc Accherman.

În perioada războaielor ruso-turce la izvoarele Strunga, Oniţcan, Pugoasa, de către medici au fost organizate dispensare pentru tratamentul celor răniţi.

În acelaşi timp, capătă răspândire tratamentul cu băi de nămol pe limanele din apropierea oraşului Odessa. Medicul de zemstvă C. Calujniţa din Acherman a publicat, în 1900, o lucrare din care aflăm că populaţia Basarabiei folosea din timpuri străvechi nămolul şi sărătura naturală în scopuri curative.

Prima instituţie pentru tratarea cu nămol, nu prea mare, a fost construită pe malul limanului Şabolatsc în satul Budachi (1895). În a. 1921, în localitatea Sergheevca se deschide o staţiune particulară pentru tratarea cu nămol, iar în a. 1926 pe malul de Nord-Est al limanului Şabolatsc a început să activeze staţiunea balneară „Akimbad".

În Republica Moldova există o reţea dezvoltată de staţiuni balneoclimaterice. Ele au apărut pe măsura descoperirii şi studierii detaliate a resurselor balneoclimaterice naturale de care dispunem (ape minerale, nămoluri curative, condiţii climaterice specifice). Staţiunile balneoclimaterice oferă condiţii pentru reabilitarea pacienţilor cu diverse maladii.

22.2. FACTORII CURATIVI DE BAZĂ APLICAŢI ÎN STAŢIUNILE BALNEOCLIMATERICE

Staţiunile balneoclimaterice asigură reabilitarea pacienţilor în cadrul instituţiilor pentru băi cu nămol, secţiilor fizioterapeutice (cabinete, aerosaloane, galerii potabile), pe plaje şi în bazine.

În funcţie de factorii curativi utilizaţi, aceste staţiuni se împart în: balneologice, de nămol şi climaterice.

Sanatoriul Sergheevca dispune de mai mulţi factori naturali curativi, de aceea se numeşte balneolitoral de tratament cu nămol; sanatoriul „Nufărul Alb" din or. Cahul şi cele „Codru" din Călăraşi se numesc balneoclimaterice. La sanatoriile balneoclimaterice factorul natural curativ de bază îl constituie apele minerale, utilizate pentru proceduri externe (băi, duşuri, inhalaţii) şi interne (spălături intestinale). Tratamentul cu nămol constă în aplicaţii de nămol şi tampoane.

La staţiunile climaterice factorii curativi de bază sunt clima favorabilă, determinată de o aşezare geografică avantajoasă a localităţii, inclusiv faţă de nivelul mării, lumina solară, relieful, caracterul vegetaţiei şi alte particularităţi.

Pe teritoriul Republicii Moldova există diferite, după componenţa şi proprietăţile lor, ape minerale şi nămoluri curative, numeroase localităţi cu clima deosebit de favorabilă pentru reabilitarea pacienţilor cu anumite afecţiuni.

Ape minerale se numesc apele naturale a căror componenţă fizico-chimică (conţinutul de gaze, substanţe minerale şi organice dizolvate) posedă efect curativ. Ele prezintă soluţii complexe, în care componentele există sub formă de ioni, molecule nedisociate, particule coloidale, gaze dizolvate.

În funcţie de proprietăţile fizico-chimice şi caracterul acţiunii lor asupra organismului se disting ape folosite pentru cure externe sau interne. Apele minerale pentru utilizare externă se caracterizează printr-un conţinut înalt de substanţe solubile – ape-săruri, care se întrebuinţează de asemenea în stare diluată, sau microcomponente specifice, biologic active. Drept exemplu de ape minerale pentru cure externe pot servi soluţiile saline de sulf şi clor (grad de mineralizare: M-69-72 g/l) din Cahul, care în practica curativă se utilizează în stare diluată. Saramura naturală a limanului din Şabolatsc este o apă minerală ce conţine clor, sodiu şi magneziu. Apele minerale potabile au un grad de mineralizare nu prea mare, efectul curativ al lor se datorează componenţei ionice sau prezenţei microcomponentelor biologic active specifice. Conform gradului de mineralizare şi acţiunii curative asupra organismului, apele minerale potabile se împart în curative şi curative pentru masă.

În Moldova, există următoarele tipuri de ape minerale: cu conţinut de hidrocarbonat-sodiu, clorid-sodiu, hidrocarbonat-clorid-sodiu, hidrocarbonat-sulfat-sodiu, sulfat-hidrocarbonat-sodiu-calciu-magneziu.

Pentru tratamentul afecţiunilor tractului gastrointestinal, ameliorarea metabolismului, bolilor de ficat şi ale căilor biliare în sanatoriul „Codru" se foloseşte apă hidrocarbonat-sulfat-sodiu, în sanatoriul „Nistru" – ape sodiu-clor.

Apele minerale sunt utilizate pe larg în hidroterapie, pentru băi, duşuri, abluţiuni. Băile pot fi generale şi locale. Sub aspectul temperaturii apei ele pot fi reci (sub 20°C), răcoritoare (20–33°C), calde (38–39°C), fierbinţi (40°C şi mai mult) şi aşa-numite băi normale (indiferente) (34–37°C). După componenţa chimică există ape potabile minerale, gazoase, aromatice, medicamentoase etc.

În staţiunile balneoclimaterice ale republicii se aplică pe larg, în calitate de procedură curativă, băile de conifere, salvie, băile carbonice, cu sulf, marine, de iod-brom, terebentină ş.a.

Totalitatea metodelor de tratament, profilaxie şi reabilitare a funcţiilor dereglate ale organismului cu ajutorul apelor minerale naturale şi artificiale şi al nămolurilor curative se numeşte ***balneoterapie.***

Reacţiile organismului la balneoterapie diferă în funcţie de temperatura, componenţa chimică a apei, concentraţia sărurilor minerale, durata procedurilor, frecvenţa şi numărul lor. Concomitent cu băile şi scăldatul, în sanatoriile cu profil gastrointestinal se mai practică folosirea internă a apelor minerale. Substanţele gazoase şi chimice din apa minerală au proprietatea de a stimula sau inhiba secreţia gastrică.

Tratamentul prin utilizarea internă a apelor minerale se efectuează în biuvete, fapt care oferă avantajul aplicării lui întregul an. După administrarea apei bolnavii fac plimbări lente, ceea ce favorizează o mai bună absorbţie a apei şi sporeşte efectul ei curativ.

Hidroterapia în sensul larg al cuvântului prezintă utilizarea externă a apei potabile în scopuri curative, procedurile de bază fiind duşul, baia, abluţiunile, fricţiunile, împachetările umede, scăldatul.

Duşul prezintă o hidroprocedură folosită în scopuri igienice, curative şi profilactice care constă în acţiunea dozată a jetului de apă sau a numeroase şuviţe de apă pe corpul dezgolit. Staţiunile balneoclimaterice dispun de săli speciale pentru duş ale stabilimentului hidroterapeutic. După regimul de temperatură duşurile pot fi reci, răcoroase, calde, fierbinţi, precum şi de temperaturi variabile (10–25–45°C). Duşurile, de asemenea, pot fi sub formă de ploaie, pulverulente, circulare, ascendente, Charcot, scoţiene.

Duşul-masaj este o procedură hidrocurativă, ce are la bază acţiunea combinată a apei şi masajului. El se înfăptuieşte în bazine speciale sau în căzi cu capacitatea de 400–600 l.

Scăldatul se foloseşte în scopuri igienice şi curativo-profilactice atât în bazine naturale – mare, râuri, lacuri, limane, cât şi în bazine artificiale.

Tratamentul cu climă maritimă şi scăldatul combinat cu băile de soare şi de aer, care combină acţiunea factorilor climaterici, balneologici şi hidrotermici este denumit ***talasoterapie.***

Bazinele curative sunt destinate pentru efectuarea hidroprocedurilor de tratament şi călire (gimnastica, înotul dozat, scăldatul, extinderea subacvatică).

În sanatoriile staţiunilor balneoclimaterice Sergheevca, „Zolotaia Niva", „S. Lazo", în bazine se foloseşte apă de mare încălzită, în sanatoriul „Codru" şi „Nistru" – apa minerală, în sanatoriul „Nufărul Alb" – nămolul termal curativ.

Nămolul curativ este unul dintre cei mai eficienţi factori în tratamentul unui şir de boli. Fiind formaţiuni coloidale organice – minerale naturale, ele posedă o capacitate termică înaltă şi conţin substanţe terapeutice active (săruri, gaze, biostimulatori).

În staţiunile balneoclimaterice ale Moldovei se utilizează preponderent nămolurile cu sulf din Şabolatsc (staţiunea balneară Sergheevca) şi nămolurile din limanul Kuialnic, care sunt transportate la staţiunile balneoclimaterice. Pentru efectuarea procedurilor cu utilizarea nămolurilor curative în sanatorii, precum şi la staţiunile balneare, se construiesc stabilimente de băi cu nămol.

Stabilimentul de băi cu nămol este alcătuit din sală de proceduri cu cabinete speciale unde se aplică nămolul, săli pentru duş, încăperi de producţie – „bucătăria pentru nămol", încăperea pentru păstrarea nămolului proaspăt, bazine speciale pentru regenerarea nămolului deja folosit, încăperi pentru spălarea şi uscarea pânzei de cort, registratură, sală de aşteptare ş.a.

Clima este factorul curativ profilactic de bază al stațiunilor climaterice. Totalitatea metodelor de tratament ce utilizează acțiunea dozată a factorilor climaterici și climatoprocedurilor speciale asupra organismului se numește ***climatoterapie***. Metodele climatoterapeutice de bază sunt: aeroterapia, helioterapia și talasoterapia.

Aeroterapia reprezintă acțiunea dozată a aerului atmosferic asupra organismului uman în scopuri curativo-profilactice.

Plaja curativă este un anumit sector de pe malul mării, râului, lacului, amenajat pentru desfășurarea procedurilor curativo-profilactice climaterice și scăldatul sub supravegherea personalului medical. Pentru efectuarea băilor de aer și de soare plajele curative se amenajează cu aerosolarii, climatopavilioane. Au fost elaborate complexe de proceduri curative aplicate bolnavilor la plajă după anumite indicații cu folosirea factorilor mării, soarelui și nisipului, proceduri de care pot profita și oamenii sănătoși, pentru călirea organismului lor. Elementul de bază al plajei este punctul medical, unde personalul medical acordă asistență, consultă pacienții cu privire la folosirea corectă a procedurilor curative pe plajă.

În condițiile naturale pe plaje curative bolnavii și vilegiaturiștii pot beneficia de ***psamoterapie*** (metodă de tratament cu nisip încălzit în formă de băi generale sau locale). Psamoterapia stimulează procesele oxidative în organism, favorizează normalizarea funcțiilor rinichilor. Pentru tratarea afecțiunilor sistemului respirator în ultimul timp se folosește pe larg microclima artificială, care este creată în camere speciale, unde se obțin temperatura, umiditatea și presiunea atmosferică necesare.

Pentru inspirarea în organism a substanțelor medicamentoase la sanatorii se utilizează inhalațiile. ***Inhalația*** este o procedură fizioterapeutică aplicată în săli special amenajate și dotate cu aparatură pentru inhalații.

O parte componentă a climatoterapiei este ***landșaftoterapia***, metodă de tratament balneoclimateric ce constă în aflarea într-o localitate cu peisaje frumoase, fapt ce are o acțiune benefică asupra organismului. Landșaftoterapia se practică atât în condiții deschise (pe malul mării, în valea râului cu o priveliște minunată), cât și în condiții închise (masivele de pădure, munții) ale landșaftului. Metoda contribuie la ameliorarea funcției sistemului nervos, crearea dispoziției bune, îmbunătățirea somnului și poftei de mâncare. La stațiunile balneoclimaterice și la sanatoriile amplasate separat se formează rute speciale de mers dozat – terencure.

Terencura este o metodă de cultură fizică medicală, bazată pe urcările dozate în munți sau localități cu teren accidentat. Terencura fortifică rezistența la eforturile fizice, contribuie la ameliorarea funcțiilor sistemului cardiovascular, organelor de respirație, posedă acțiune favorabilă asupra sferei neuropsihice, metabolismului etc.

Cultura fizică medicală exercită o acțiune generală nespecifică asupra organismului, favorizând normalizarea funcțiilor sistemelor cardiovascular, respirator etc., precum și o acțiune locală – prin intermediul unui antrenament special, orientat spre stabilirea activității organelor afectate. Formele principale ale culturii fizice medicale sunt gimnastica matinală, mersul dozat, jocurile puțin mobile, mobile și sportive, exercițiile fizice în bazin etc.

În tratamentul balneoclimateric complex un loc deosebit i se atribuie masajului. ***Masajul*** este acțiunea mecanică, cu mâna sau aparatul de masaj, asupra tegumentelor și țesuturilor moi subiacente de pe corpul uman. Masajul poate fi general (se masează tot corpul) sau local (se masează separat abdomenul, spatele, fața,

mâinile etc.). Există masaj medical, sportiv, cosmetic, igienic. În funcție de starea bolnavului și particularitățile bolii, tratamentul balneoclimateric complex prevede, de asemenea, și proceduri fizioterapeutice.

În sanatoriile Republicii Moldova („Nistru", „Struguraş" ş.a.) se utilizează şi un astfel de factor curativ cum sunt strugurii şi sucul de struguri. Această metodă de tratament poartă numele de ampeloterapie. ***Ampeloterapia*** este parte componentă a dietoterapiei în condițiile tratamentului balneoclimateric. Dietoterapia nu constituie o metodă de sine stătătoare, deşi importanța ei este deosebit de mare în cazul maladiilor gastrointestinale, ale rinichilor, sistemului cardiovascular.

Clima ținutului nostru este temperată continentală, cu veri călduroase şi ierni comparativ calde, ceea ce creează condiții favorabile pentru ***helioterapie.*** Durata iradierii solare pe un an este de 2 060 de ore la nordul și 2 330 de ore la sudul republicii.

Pădurile împreună cu bazinele de apă, râul Nistru şi izvoarele curative prezintă un mediu favorabil pentru organizarea stațiunilor balneoclimaterice şi locurilor de odihnă, mai ales în partea centrală a republicii denumită Codrii. Particularitățile climaterice naturale ale regiunii l-au determinat pe savantul rus Docuciaev să numească aceste locuri, pe care le-a studiat, Elveție Basarabeană.

Clima moale, izvoarele cu ape minerale curative, masivele de pădure şi bazinele de apă, prezența nămolurilor curative, numeroasele livezi şi vii, de asemenea, creează condiții prielnice pentru organizarea tratamentului balneoclimateric, reabilitarea pacienților cu diverse maladii şi odihnei în republică.

22.3. ORGANIZAREA ASISTENȚEI BALNEOCLIMATERICE

Printre măsurile de reabilitare şi cele curativ-profilactice, menite să îmbunătățească sănătatea şi odihna populației un loc important îl ocupă asistența balneoclimaterică. Luând în considerare factorii curativi naturali ai localităților, teritoriul Moldovei se împarte în stațiuni balneoclimaterice (Nufărul Alb, Sergheevca, Codru) şi zone de odihnă (Ghidighici, Vadul-lui-Vodă, Tiraspol, Tighina, Ivancea, Soroca, Camenca, Condrița şi Dubăsari).

Sub noțiunea de ***stațiune balneoclimaterică*** se subînțelege localitatea care dispune de factori curativi naturali (izvoare de ape minerale, nămoluri curative, climă favorabilă) şi de condițiile necesare pentru aplicarea lor în scop curativo-profilactic. În aceste localități funcționează sanatorii, case, pensionate şi tabere de odihnă.

Stațiunile balneoclimaterice se clasifică după caracterul factorilor naturali curativi de bază, care se împart în climaterici, balneologici, de nămol, balneoclimaterici etc. Pentru funcționarea stațiunilor balneoclimaterice sunt stabilite trei zone de ocrotire sanitară, pe teritoriul cărora sunt categoric interzise toate lucrările ce pot impurifica apa, solul, aerul şi influența negativ asupra mediului ambiant şi a stării sanitare a stațiunilor.

În scopul utilizării raționale a factorilor la fiecare stațiune balneoclimaterică există instalații şi construcții speciale (sonde, galerii pentru folosirea apei minerale şi potabile, biuvete, stabilimente de tratament cu apă minerală, cu nămol, plaje, plaje curative, aerosolarii, climatopavilioane etc.), precum şi stațiuni curativo-profilactice (sanatorii, pensionate, case de odihnă, policlinici balneare etc.).

Instituția curativ-profilactică de bază a stațiunii balneoclimaterice este sanatoriul, destinat pentru tratarea bolnavilor care suferă de anumite boli.

Sanatoriile pot fi specializate (pentru reabilitarea bolnavilor cu aceeaşi afecțiune) şi cu profil general (cu două sau mai multe secții specializate) pentru reabilitarea bolnavilor cu diverse maladii. În perioada de tranziție la economia de piață majoritatea sanatoriilor sunt de profil larg. Specializarea fondului de paturi depinde de nivelul necesităților populației în asistență balneoclimaterică.

În funcție de vârsta bolnavilor, deosebim sanatorii pentru maturi, părinți şi copii, copii, adolescenți şi gravide. Actualmente funcționează următoarele tipuri de sanatorii pentru adulți: specializate în reabilitarea pacienților cu afecțiuni cardiovasculare, gastrointestinale, organelor de respirație de etiologie netuberculoasă, organelor aparatului locomotor, tulburărilor de metabolism, unor maladii ale sistemului nervos, rinichilor, căilor urinare de caracter nespecific, maladiilor ginecologice, de piele etc.

Profilul sanatoriului este determinat de organele administrative superioare în funcție de prezența factorilor curativi şi a resurselor acestora. Profilarea sanatoriilor are o mare importanță în creşterea nivelului de eficacitate a tratamentului curativo-balnear.

Pentru copii funcționează sanatorii de următoarele profiluri: tratamentul formelor active şi cronice de tuberculoză, reconvalescența după meningita tuberculoasă, reabilitarea bolnavilor de reumatism, celor cu consecințe după poliomielită, rahitism, dereglări neuropsihice, gastrointestinale, boli de piele etc.

Efectul imediat şi la distanță al tratamentului balneoclimateric este asigurat de faptul dacă bolnavul a fost îndrumat la stațiunea balneoclimaterică sau la sanatoriul de profilul necesar. De aceea medicii curanți au sarcina de mare responsabilitate de a stabili just necesitatea, timpul şi modul tratamentului, precum şi profilul sanatoriului necesar fiecărui pacient. Pentru aceasta, înainte de a trimite bolnavul în sanatoriul respectiv, fiecare medic trebuie să efectueze examenul clinic detaliat al pacientului şi toate investigațiile de laborator necesare stabilirii corecte a diagnosticului, să analizeze indicațiile şi contraindicațiile pentru reabilitare în sanatoriul specializat de profilul respectiv. Numai după aceasta i se înmânează pacientului „Adeverința pentru primirea biletului de repartizare la sanatoriu" (formularul nr. 070/e). În formular se indică: profilul sanatoriului, tipul tratamentului (sanatorial, de abonament ambulatoriu), anotimpul. La perfectarea acestui document se va ține cont de bolile de bază şi de cele asociate (tipul, forma, faza), starea generală a bolnavului şi particularitățile climei în perioada când pacientul se va afla la sanatoriu. În baza acestui certificat sindicatele din ramura în care activează bolnavul îi eliberează un bilet de îndreptare la sanatoriu sau un abonament. Pacientul se adresează suplimentar cu acest document la medicul curant, care la rândul său verifică prescripțiile. La corespunderea lor medicul completează „Fişa balneosanatorială a bolnavului" (formularul nr. 070/e2), care mai apoi este vizată de către medic şi şeful secției respective. La completarea documentelor menționate se va ține cont de „indicațiile şi contraindicațiile tratamentului balnear" stabilite de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.

Este inadmisibilă trimiterea la instituția balneoclimaterică a bolnavului în lipsa indicațiilor pentru tratament în sanatoriul în cauză, dar mai ales în prezența con-

traindicațiilor, acestea punând în pericol sănătatea bolnavului şi eficacitatea tratamentului. Contraindicațiile pentru reabilitarea într-o stațiune balneoclimaterică sau sanatoriu sunt stabilite de medicul curant împreună cu şeful secției. Persoanelor îndrumate la casele şi pensionatele de odihnă li se eliberează un certificat privind lipsa contraindicațiilor.

Medicul poartă răspundere pentru trimiterea la instituțiile balneoclimaterice a bolnavilor care prezintă contraindicații. Gradul eficacității tratamentului depinde în mare parte şi de respectarea principiului succesivității, de plenitudinea, veridicitatea şi oportunitatea informării reciproce dintre medicii instituțiilor medico-sanitare publice şi balneoclimaterice. Fiecare bolnav sosit la sanatoriu e obligat să predea medicului fişa balneosanatorială, în care este reflectată succint evoluția bolii, starea sănătății pacientului şi rezultatele investigațiilor efectuate. Această informație este necesară pentru stabilirea diagnosticului şi prescrierea tratamentului sanatorial.

În procesul tratamentului medicul balneolog notează, la rândul său, în fişa balneosanatorială a bolnavului următoarele date: starea sănătății acestuia, rezultatele examenelor şi tratamentului. evoluția bolii. După expirarea termenului de tratament în fişă se indică rezultatele tratamentului, recomandările privind tratamentul ulterior şi activitatea de muncă. La întoarcerea din sanatoriu, pacientul prezintă medicului de familie fişa balneosanatorială. Toată informația necesară din fişă este transcrisă în fişa de ambulatoriu şi utilizată în continuare în scopul consolidării rezultatelor obținute prin tratamentul balneosanatorial şi prevenirii recidivelor şi complicațiilor.

Regimul sanatorial este baza eficacității tratamentului balneosanatorial. El prezintă un sistem de reguli şi măsuri prevăzute în regulament cu privire la tratament, alimentație şi distracții. Regimul individual de tratament balneosanatorial şi odihnă este stabilit de către medicul sanatoriului pentru fiecare bolnav în funcție de caracterul bolii şi poate fi schimbat ținând cont de starea generală a sănătății şi dispoziția bolnavului.

Există două tipuri ale regimului individual: de antrenament activ şi de cruțare, cu limitarea procedurilor, solicitărilor fizice şi emoționale. Ambele regimuri se utilizează în conformitate cu particularitățile individuale ale bolnavului şi rezultatele tratamentului. În procesul tratamentului, de regulă, se trece de la regimul de cruțare la un regim mai activ (de antrenament).

În prezent termenul de tratament în sanatoriu este flexibil şi se stabileşte potrivit profilului lui: în sanatoriile specializate netuberculoase pentru adulți – este de 21 de zile, iar pentru copii – de 18 zile; în sanatoriile tuberculoase – de la 1 până la 10 luni. În unele cazuri, comisia medicală specială a sanatoriului poate prelungi termenul aflării pacientului în sanatoriu. Cheltuielile suplimentare revin pe seama organizației care a trimis bolnavul sau pe seama pacientului.

Eficacitatea tratamentului balneosanatorial este evaluată în funcție de termenul în care lipsesc acutizările şi complicațiile, de fortificarea şi gradul de restabilire a capacității de muncă, de starea generală a sănătății pacientului.

Rezultatele tratamentului balneoclimateric se apreciază după criteriile: ameliorare considerabilă, ameliorare, fără ameliorare şi înrăutățirea sănătății.

La circa 90% din pacienții sanatoriilor din republică se observă ameliorarea considerabilă şi ameliorarea stării de sănătate.

Un alt tip de instituții curativo-profilactice sunt sanatoriile-preventorii(sanatorii nocturne), destinate pentru efectuarea măsurilor profilactice, curative şi de însănătoşire a muncitorilor, funcționarilor şi studenților de la întreprinderi, organizații şi universități fără întreruperea procesului de muncă şi de studii. Ele sunt finanțate din contul mijloacelor de asigurare socială. Sanatoriile-preventorii deservesc familiile muncitorilor şi funcționarilor de la întreprinderile ce au alocat mijloace pentru construcția, amenajarea şi întreținerea sanatoriului. Retribuirea personalului medical, lucrătorilor blocului de alimentație, alimentarea pacienților şi asigurarea cu medicamente se înfăptuiesc din fondul social. Dirijarea activității sanatoriilor-preventorii este realizată de un consiliu de conducere. Activitatea sanatoriului este reglementată de un act normativ special.

Construcția sanatoriilor-preventorii se efectuează după proiecte, în care se iau în considerare condițiile securității muncii în secția şi cabinetele de fizioterapie, regulile generale de securitate. Sanatoriile-preventorii au menirea de a fortifica sănătatea lucrătorilor şi a contribui la ridicarea capacității lor de muncă. Concediile sindicale, în acest caz, sunt folosite pentru tratament. Un avantaj al lor este că bolnavul economiseşte timpul necesar pentru aclimatizare şi reaclimatizare. În sanatoriile-preventorii se tratează în primul rând muncitorii, care lucrează în condiții grele şi nocive pentru sănătate, de asemenea veteranii muncii şi de război (inclusiv cei care au luptat în Afganistan şi cei care au participat la lichidarea consecințelor avariei de la Cernobâl) şi membrii familiilor lor, donatorii, bolnavii dispensarizați, persoanele, inclusiv studenții, care se îmbolnăvesc frecvent sau suferă de afecțiuni cronice, copiii muncitorilor, pensionarii.

Pacienții sunt îndrumați pentru tratament în sanatorii-preventorii de către medicii unităților medico-sanitare sau ai unităților medico-sanitare publice teritoriale şi ai sanatoriului-preventoriu respectiv. Termenul de tratament în sanatoriul-preventoriu e de 12, 24 sau 30 de zile calendaristice. Pacienții se alimentează aici de 3 ori pe zi conform dietei prescrise de medic.

Randamentul funcționării sanatoriului-preventoriu este calculat de medicii de aici în colaborare cu organele teritoriale ale ocrotirii sănătății.

Medicul-ordinator al sanatoriului-preventoriu trebuie să cunoască:

1. bazele determinării indicelui sănătății;
2. construcția şi principiile funcționării aparatelor fizioterapeutice;
3. indicațiile şi contraindicațiile principale la prescrierea procedurilor;
4. principiile compatibilității şi succesiunii procedurilor;
5. bazele fizioterapiei, fizioprofilaxiei, terapiei medicamentoase, fitoterapiei, dietologiei, homeoterapiei, culturii fizice medicale etc.

Medicul este obligat:

1. Să prescrie şi să efectueze tratamentul cel mai adecvat.
2. Să observe la timp semnele inițiale ale complicațiilor.
3. Să înfăptuiască profilaxia primară şi secundară.
4. Să-şi perfecționeze permanent cunoştințele profesionale şi să respecte principiile eticii şi deontologiei medicale.
5. Să-i familiarizeze pe pacienți cu principiile modului sănătos de viață.

Actualmente, rețeaua stațiunilor balneoclimaterice dispune de o bază tehnico-materială bună, majoritatea sanatoriilor funcționează pe tot parcursul anului. Aici lucrează cadre calificate care deservesc pacienții la nivelul exigențelor contemporane.

22.4. CARACTERISTICA GENERALĂ A SANATORIILOR REPUBLICII MOLDOVA

În Republica Moldova funcţionează staţiuni balneoclimaterice, sanatorii, sanatorii-preventorii, case şi pensionate de odihnă, hoteluri. Numărul şi capacitatea acestor instituţii variază.

În 1960 a fost efectuată reorganizarea activităţii staţiunilor balneoclimaterice din Republica Moldova, cu scopul de a îmbunătăţi asistenţa medicală a bolnavilor şi vilegiaturiştilor.

Toate sanatoriile aflate la autogestiune au fost transferate sindicatelor, sanatoriile pentru copii şi cele pentru tratamentul bolnavilor de tuberculoză au rămas în subordonarea Ministerului Sănătăţii. Acesta realizează asigurarea staţiunilor balneoclimaterice cu personal medical, utilaj, aparataj, medicamente, ajutor ştiinţifico-metodic şi consultativ.

În perspectivă, se preconizează lărgirea reţelei de staţiuni balneoclimaterice şi instituţii de odihnă, în primul rând, a sanatoriilor specializate în tratamentul maladiilor sistemului cardiovascular, tractului digestiv şi aparatului locomotor, dereglărilor metabolice, ale sistemului nervos şi endocrin, rinichilor etc. În scopul sporirii nivelului de asigurare a populaţiei cu asistenţă balneosanatorială şi al favorizării odihnei familiale, se organizează staţiuni balneoclimaterice şi sanatorii în care părinţii şi copiii se pot afla împreună.

Staţiunea balneoclimaterică „Nufărul Alb" din or. Cahul este dislocată pe şesul râului Prut având în preajmă dealuri nu prea înalte şi râuleţe. Aici iarna este scurtă, caldă, cu puţină zăpadă, iar vara lungă şi călduroasă. Factorul curativ principal al sanatoriului îl reprezintă saramura termală de sulf-clor-sodiu cu o concentraţie înaltă de iod şi brom, care este folosită în tratamentul afecţiunilor tractului gastrointestinal, sistemului cardiovascular, nervos, aparatului locomotor, bolilor ginecologice şi de piele.

Staţiunea balneoclimaterică „Sergheevca" (balneoclimaterică de litoral şi de tratament cu nămol) este dislocată pe teritoriul Ucrainei, în regiunea Odesa. Îmbinarea armonioasă a factorilor curativi naturali cu clima de stepă şi cea blândă şi caldă de litoral, soarele sudic în abundenţă, „plaja de aur" excepţională după structură şi proprietăţi, marea şi limanele puţin adânci, rezervele inepuizabile de nămol de înaltă calitate îi conferă staţiunii „Sergheevca" valoare unică. În această staţiune balneoclimaterică funcţionează peste 30 de sanatorii, baze turistice şi case de odihnă. În sanatoriile de la „Sergheevca" se tratează bolile sistemului nervos, profesionale ale aparatului locomotor, afecţiunile ginecologice, alergice, ale organelor respiratorii de origine netuberculoasă.

Asocierea factorilor curativi naturali menţionaţi cu administrarea internă a apei minerale a oferit posibilitatea de a organiza aici tratamentul afecţiunilor tractului gastrointestinal.

Staţiunea balneoclimaterică „Codru" cuprinde teritoriile raionului Călăraşi, unde există izvoare de ape minerale, utilizate în tratamentul bolilor tractului gastrointestinal, tulburărilor de metabolism, afecţiunilor hepatice şi ale căilor urinare. Resursele şi proprietăţile curative ale apelor minerale din această regiune permit organizarea unui sanatoriu de tipul celor din Caucaz. Actualmente aici funcţionează

sanatoriul „Codru" (s. Hârjăuca, raionul Călăraşi), specializat în tratamentul maladiilor tractului gastrointestinal, unde există şi o secţie pentru reabilitarea bolnavilor care au suportat intervenţii chirurgicale la stomac, duoden, căile urinare, pentru cei cu diabet zaharat, maladii ale aparatului locomotor şi sistemului nervos.

În Republica Moldova mai funcţionează sanatoriul „Bucuria" dislocat în or. Vadul-lui-Vodă, la 20 km de la Chişinău. În acest sanatoriu sunt create condiţii pentru tratarea pacienţilor de maladii cardiovasculare, neuroze şi reabilitarea bolnavilor după infarct miocaric.

Pe malul stâng al Nistrului în or. Camenca funcţionează sanatoriul „Nistru", în care se tratează bolnavii cu maladii ale organelor digestive.

Bolnavii din republică se pot trata în două sanatorii specializate „Moldova" – unul dislocat în or. Odesa, pentru pacienţii cu maladii cardiovasculare, ale sistemului nervos şi locomotor, ginecologice şi altul în or. Truskaveţ (Ucraina) pentru reabilitarea bolnavilor cu maladii ale organelor digestive, urologice şi dereglări metabolice. Pe malul drept al Nistrului în raionul Dubăsari funcţionează sanatoriul „Struguraş", în care se tratează bolnavii cu maladii ale organelor digestive, ginecologice,căilor urinare şi aparatului locomotor.

Activitatea staţiunilor balneoclimaterice, sanatoriilor, sanatoriilor-preventorii, caselor şi pensionatelor de odihnă din Republica Moldova este supravegheată şi dirijată de următoarele instituţii: Asociaţia curativ-sanatorială şi de recuperare a aparatului Guvernului RM, Direcţia balneosanatorială „Moldsindbalneotur" a Companiei „Holding", organizată de Sindicatele RM, Ministerele Sănătăţii, Protecţiei sociale, Federaţia Naţională a Sindicatelor din Agricultură şi Alimentaţie „Agroindsind", administraţiile diverselor instituţii de învăţământ, întreprinderi şi organizaţii.

MANAGEMENTUL SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT

23.1. ETAPELE PRINCIPALE DE DEZVOLTARE. ORGANIZAREA ŞI PRINCIPIILE DE ACTIVITATE

Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de Stat în Republica Moldova reprezintă un sistem unic de instituţii şi organizaţii ale Ministerului Sănătăţii, din care fac parte Direcţia Protecţia Sănătăţii şi Medicină Preventivă, Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, Centrele de Medicină Preventivă raionale şi municipale, alte instituţii departamentale de medicină preventivă.

Scopul principal al supravegherii sanitaro-epidemiologice de stat este ocrotirea şi promovarea sănătăţii populaţiei prin evidenţierea factorilor mediului ambiant ce o influenţează, prin elaborarea recomandărilor şi efectuarea controlului asupra realizării măsurilor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice.

Activitatea sanitaro-epidemiologică de stat prezintă un sistem complex de măsuri sanitaro-igienice, epidemiologice şi sociale, care se bazează pe realizările ştiinţei moderne şi experienţa practică avansată.

Noţiunea de *Activitate sanitaro-epidemiologică* de stat include:

– legislaţia sanitară, care prevede legea despre asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei, denumită în continuare Legislaţie sanitară şi alte acte normative emise în conformitate cu ea de autorităţile publice centrale şi locale, în limitele atribuţiilor acestora, inclusiv regulile sanitare, precum şi actele internaţionale, la care Republica Moldova este parte. Legislaţia sanitară este o condiţie necesară a realizării drepturilor şi intereselor oamenilor, a menţinerii şi fortificării sănătăţii lor, dezvoltării fizice şi mintale, asigurării longevităţii şi calităţii vieţii.

– sistemul de măsuri statale, medico-sociale, sanitaro-igienice şi sanitaro-epidemiologice, sanitaro-curative şi antiepidemice realizate pe larg în Republica Moldova de către instituţiile abilitate;

– sistemul de stat de pregătire, specializare şi perfecţionare a personalului medical – medicii igienişti şi epidemiologi, microbiologi, parazitologi, virusologi;

– activitatea ştiinţifică în domeniul igienei, epidemiologiei, microbiologiei, virusologiei, parazitologiei;

– Serviciul Sanitaro-Epidemiologic ca organ de supraveghere şi control de stat în implementarea legislaţiei şi organizator al activităţii de asigurare a bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei.

Activitatea de bază a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat este orientată spre supravegherea continuă sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova a calităţii factorilor mediului şi a produselor alimentare, a condiţiilor de muncă,

de instruire şi educare, de trai şi odihnă etc., care pot influenţa sănătatea, şi spre supravegherea curentă şi preventivă privind respectarea regulilor şi normativelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice de către ministere, agenţii, instituţii, organizaţii, unităţi economice, persoane juridice şi fizice. Toate aceste acţiuni urmăresc următoarele obiective:

- transpunerea în viaţă a programelor profilactice şi antiepidemice, extinderea ariei de imunizare a populaţiei pentru prevenirea anumitor boli contagioase;
- asigurarea calităţii produselor alimentare şi a materiei prime pentru fabricarea acestora;
- asanarea condiţiilor de muncă, instruire, educare, trai şi odihnă a populaţiei;
- prevenirea, lichidarea sau reducerea nivelului de poluare a mediului (a bazinelor de apă, a solului şi aerului atmosferic);
- minimalizarea consecinţelor calamităţilor naturale şi a altor situaţii excepţionale pentru sănătatea publică;
- ridicarea nivelului de cultură sanitară a populaţiei prin educaţia pentru sănătate, prin promovarea sănătăţii şi a unui mod de viaţă sănătos;
- informarea cât mai completă, obiectivă şi sigură a populaţiei privind starea sanitaro-epidemiologică în ţară.

Activitatea sanitaro-epidemiologică în funcţie de domeniile sale aplicative este desfăşurată în următoarele direcţii: 1) igiena mediului şi habitatului uman; 2) igiena alimentaţiei; 3) igiena muncii; 4) igiena copiilor şi adolescenţilor; 5) igiena utilizării substanţelor toxice şi pesticidelor, igiena radiaţiilor; 6) igiena spitalicească; 7) epidemiologia bolilor infecţioase şi extrem de contagioase; 8) epidemiologia bolilor nosocomiale; 9) parazitologia medicală; 10) microbiologia şi virusologia etc.

Fiecare serviciu îşi are istoria sa, constituită de-a lungul timpului, efigia sa distinctă, care îi reprezintă specificul şi o particularizează într-un anume context.

Istoria Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat (SSES) al Republicii Moldova s-a constituit în decurs de şase decenii şi s-a modelat în funcţie de situaţia sanitaro-epidemiologică din ţară, de imperativele momentului, racordându-şi mereu programele la cerinţele naţionale şi internaţionale, inclusiv la cele înaintate de Comunitatea Europeană. Fiind parte integrantă a sistemului de sănătate publică, Serviciul a cunoscut în evoluţia sa 4 etape principale de dezvoltare. În mod firesc, fiecare etapă şi-a avut problemele sale specifice, în care se reflectă performanţele şi dificultăţile timpului, şi, bineînţeles, s-a distins prin colaboratorii săi, care întotdeauna au constituit şi constituie fondul cel mai de preţ al acestui Serviciu.

Etapa I (anii 1945–1948)

Obiectivul principal al acestei etape l-a constituit activitatea staţiilor antimalarică şi antitularemică, a dispensarelor antitrahomic şi antituberculos, a laboratorului central bacteriologic, a Institutului Moldovenesc de Epidemiologie şi Microbiologie, a Staţiei Republicane Sanitaro-Epidemiologice.

Activitatea de bază a acestor instituţii era orientată spre:

- combaterea şi lichidarea epidemiilor;
- lichidarea consecinţelor sanitare şi epidemiologice ale războiului prin soluţionarea eşalonată a problemelor majore de sănătate publică în anii postbelici.

Această activitate purta în principal un caracter metodico-organizatoric, având ca scop implementarea principiilor medicinei preventive.

Etapa a II-a (anii 1948-1965)

Se caracterizează prin definitivarea, constituirea şi perfecţionarea Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat ca sistem propriu-zis. Statutul său s-a definit prin activitatea organizatorico-metodică a Staţiei Republicane Sanitaro-Epidemiologice şi a Institutului Moldovenesc de Cercetări Ştiinţifice în Igienă şi Epidemiologie, fapt ce a asigurat elaborarea bazei legislative şi normative în domeniul medicinei preventive şi crearea structurilor teritoriale.

În această perioadă s-au înregistrat realizări de substanţă privind crearea sistemului Supravegherii Sanitaro-Epidemiologice de Stat, ameliorarea situaţiei epidemiologice prin reducerea substanţială a incidenţei bolilor infecţioase şi lichidarea unor maladii contagioase (malaria, tularemia, tifosul exantematic, febra tifoidă, scarlatina etc.).

Etapa a III-a (anii 1966 -1994)

Această etapă poate fi caracterizată ca una de consolidare a serviciului de laborator, de implementare a metodelor moderne de investigaţii bacteriologice, virusologice, radiologice etc.

Realizările ei esenţiale sunt:

– fundamentarea cercetărilor ştiinţifice în problema estimării sănătăţii populaţiei, a stării sanitare privind alimentarea cu apă, a habitatului uman, a sistematizării, reconstrucţiei şi amenajării oraşelor şi satelor etc. O atenţie sporită a cunoscut studierea factorilor biochimici. În anii 1960 -1970 a fost iniţiat şi realizat studiul privind conţinutul de iod în sol, în apa potabilă şi în produsele alimentare, utilizarea pesticidelor în agricultură, cauza răspândirii extinse a guşei endemice, a hepatitelor virale, conţinutul de nitraţi şi izotopi radioactivi în mediul ambiant, impactul lor asupra organismului uman etc.;

– o vastă dezvoltare în domeniul epidemiologiei, microbiologiei, virusologiei şi imunoprofilaxiei, ce a pus baza conceptului imunogenezei antraxului, tetanosului şi a condus la eficientizarea supravegherii epidemiologice şi la perfecţionarea diagnosticului de laborator la difterie, rujeolă, hepatite virale, poliomielită şi alte maladii de origine bacteriană şi virală. În baza cercetărilor ştiinţifice s-au elaborat şi s-au implementat în practica medicală noi produse de diagnostic şi tratament: Antraxin, Tetanin, Rotatest, Pacoverin etc.

Etapa a IV-a (anii 1995-prezent)

Se caracterizează prin perfecţionarea structurii şi sporirea eficienţei activităţii Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat în urma creării Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă (CNŞPMP).

Această restructurare a sporit potenţialul Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat, inclusiv cel al CNŞPMP, creând premise pentru o activitate ştiinţifico-practică mai fructuoasă şi multilaterală.

Activitatea prioritară a instituţiei nou formate a fost şi continuă să fie axată pe următoarele direcţii:

- ocrotirea şi îmbunătăţirea sănătăţii populaţiei prin identificarea şi investigarea factorilor ce o influenţează;
- elaborarea şi realizarea programelor naţionale de prevenire a unor factori nocivi, de combatere a epidemiilor şi intoxicaţiilor;

- organizarea şi efectuarea supravegherii sanitaro-epidemiologice de stat în realizarea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice, inclusiv a radioprotecţiei în practica medicală, a măsurilor sanitare şi fitosanitare de inspecţie şi certificare a importului/exportului internaţional de produse alimentare, de igienă şi cosmetică;
- promovarea Programelor Naţionale în domeniul profilaxiei şi combaterii HIV/SIDA, a hepatitelor virale, a altor infecţii contagioase;
- educaţia privind sănătatea şi promovarea modului sănătos de viaţă etc.

23.1.1. PRINCIPIILE GENERALE DE ORGANIZARE A SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC

1. Caracterul de stat al sistemului sanitar şi antiepidemic se exprimă prin faptul că fiecare activitate socială şi economică, întreprinsă de stat pentru protejarea sănătăţii populaţiei este realizată practic cu participarea activă a instituţiilor sanitaro-epidemiologice. Sistemul supravegherii sanitaro-epidemiologice în întregime poartă un caracter de stat. Serviciul sanitaro-epidemiologic este finanţat completamente din bugetul de stat. Insă, în condiţiile actuale de criză economică unele activităţi ale SSES sunt finanţate de instituţiile serviciului din contul prestărilor de servicii contra plată către populaţie şi al mijloacelor agenţilor economici.

2. Planificarea ştiinţifică a măsurilor sanitaro-profilactice şi antiepidemic se efectuează pe bazele cercetărilor ştiinţifice, regulilor şi normativelor sanitaro-igienice, ţinând cont de particularităţile demografice, procesele epidemiologice şi sanitaro-igienice din republică. Organizarea judicioasă a activităţii serviciului permite dirijarea raţională a eforturilor instituţiilor medicale nu numai spre depistarea încălcării lor, dar şi spre îndeplinirea planificată a măsurilor profilactice contra maladiilor contagioase şi a altor boli, precum şi spre prevenirea diferitor noxe în sfera de producţie şi viaţa cotidiană.

Principiul planificării vizează toate domeniile activităţii serviciului sanitaro-antiepidemiologic: planificarea vaccinărilor profilactice împotriva bolilor contagioase, organizarea examenului curativo-profilactic al angajaţilor, adolescenţilor, femeilor, organizarea şi participarea la efectuarea examenelor medicale a populaţiei angajate în câmpul muncii; examinarea în masă a populaţiei pentru depistarea purtătorilor de germeni patogeni şi helminţi, pregătirea specialiştilor de profil sanitaro-epidemiologic şi organizarea altor măsuri curativo-profilactice complexe.

3. Unitatea măsurilor sanitare **şi** *antiepidemice.* Acest principiu presupune realizarea paralelă a măsurilor sanitaro-profilactice şi antiepidemice pentru lichidarea focarelor de boli infecţioase depistate. Centrele de Medicină Preventivă ca instituţii de bază ale Serviciului SES organizează şi efectuează sistematic măsuri sanitaro-igeinice, antiepidemice şi profilactice (inclusiv profilaxia specifică) în vederea ocrotirii şi fortificării sănătăţii publice.

Aprovizionarea populaţiei cu apă potabilă de calitate, supravegherea sanitaro-igienică a surselor de aprovizionare cu apă, a aerului atmosferic, a condiţiilor de muncă şi de trai, preocuparea permanentă pentru dezvoltarea fizică bună a copiilor şi adolescenţilor, măsurile în domeniul igienei alimentaţiei, aplicarea în practică a normelor fiziologice de alimentaţie – toate acestea constituie activitatea sanitaro-epidemiologică a organelor de stat în ocrotirea sănătăţii populaţiei.

Îmbinarea măsurilor igienice şi antiepidemice asigură succesul asistenţei medicale a populaţiei.

*4. **Unitatea supravegherii sanitaro-epidemioiologice preventive*** şi ***curente.*** Supravegherea sanitară preventivă şi curentă este una din funcţiile de bază ale Serviciului SES şi se înfăptuieşte de către toate instituţiile sanitaro-epidemiologice, numite prin lege ca Centre de Medicină Preventivă (municipale şi raionale), şi subdiviziunile de profil din cadrul altor instituţii departamentale.

*5. **Unitatea organizării măsurilor sanitaro-antiepidemice în oraşe*** şi ***localităţile săteşti.*** Interesele ocrotirii sănătăţii impun asigurarea unităţii direcţiei, conţinutului şi metodelor activităţii practice a serviciului sanitaro-epidemiologic în oraşe şi sate. O atenţie sporită se acordă problemelor igienice în localităţile rurale. Numeroase instituţii, inclusiv cele ştiinţifice, efectuează cercetări în domeniul planificării şi construcţiei locuinţelor la sate. Se cercetează aşa aspecte ca examinarea din punct de vedere igienic a utilajului agricol, examinarea substanţelor toxice folosite în agricultură. Se iau măsuri ca tehnica agricolă să corespundă cerinţelor sanitaro-igienice, să fie respectate normele igienice de utilizare a chimicalelor şi de lucru cu aceste substanţe.

Coordonarea măsurilor sanitare şi antiepidemice în oraşe şi localităţile rurale constituie una din condiţiile esenţiale ale activităţii centrelor de medicină preventivă.

6. Unitatea activităţii curative sanitaro-profilactice şi antiepidemice.

Organele locale ale Serviciului SES trebuie să dea dovadă de cunoştinţe vaste, profesionalism şi iniţiativă creatoare. Eficacitatea măsurilor sanitaro-antiepidemice depinde de starea sanitară a localităţilor şi de sănătatea populaţiei teritoriului respectiv (existenţa focarelor naturale, morbiditatea, condiţiile meteorologice specifice, eficienţa măsurilor sanitare şi medicale).

În combaterea bolilor contagioase, şi mai ales la lichidarea lor, este necesar a se ţine cont de securitatea sanitaro-epidemiologică a întregului stat.

Activitatea orientată spre lichidarea bolilor contagioase necesită asigurarea unei conduceri unice (îndeosebi metodice) a măsurilor sanitaro-antiepidemice la scară naţională. Drept mărturie certă a justeţei acestui principiu organizatoric serveşte practica lichidării în republică şi în alte ţări a pestei, holerei, variolei, febrei recurente, malariei şi altor boli contagioase.

Bazându-se pe experienţa acumulată de organele Serviciului SES al ţării, pe realizările ştiinţifice şi conducându-se de interesele statului, Ministerul Sănătăţi al Republicii Moldova, şi în particular Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, determină căile concrete de reformare şi organizare a serviciului, precum şi metodele activităţii lui.

*7. **Participarea tuturor instituţiilor şi organizaţiilor medicale la realizarea măsurilor sanitaro-epidemiologice.*** Unul din principiile de bază ale organizării activităţii sanitaro-epidemiologice în Moldova este participarea obligatorie la aceste măsuri nu numai a organelor sanitare, dar şi a tuturor instituţiilor amplasate pe teritoriul dat. Lucrul coordonat al medicilor de circumscripţie (internişti şi pediatri) şi al asistentelor medicale de circumscripţie, al medicilor specialişti şi celor igienişti (epidemiologi), alături de activitatea planificată a instituţiilor sanitaro-antiepidemice, este garanţia succesului şi realizărilor în deservirea medicală a populaţiei.

8. Implicarea comunităţii în activităţi de educaţie pentru sănătate, promovarea modului sănătos de viaţă. Principiul de bază în realizarea activităţilor de

educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață este unirea eforturilor comune, implicarea structurilor statale, administrației publice locale, mass-media, agenților economici, persoanelor fizice, ale ONG și organismelor internaționale pentru:

– crearea condițiilor reale pentru populație în scopul ameliorării, menținerii și fortificării sănătății pe tot parcursul vieții;

– desfășurarea activităților de educație pentru sănătate cu copiii și adolescenții, părinții, muncitorii de la întreprinderi, persoane în vârstă etc. pentru cultivarea unei atitudini corecte față de planificarea familiei, promovarea sănătății femeilor, copiilor, tinerilor, evitarea îmbolnăvirilor profesionale, păstrarea integrală a capacității de muncă, profilaxia maladiilor infecțioase, neinfecțioase, combaterea deprinderilor dăunătoare etc.;

Asigurarea durabilității și succesiunii în planificarea și desfășurarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață.

23.2. STRUCTURA SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT ȘI SUBDIVIZIUNILE LUI

Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de Stat constituie un sistem unic de organe și instituții de reglementare a supravegherii, monitorizării și expertizei sanitaro-epidemiologice, condus de Ministerul Sănătății cu subordonarea instituțiilor ierarhic inferioare celor ierarhic superioare.

În cadrul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova activează Direcția Protecția Sănătății și Medicină Preventivă. Instituțiile subordonate sunt Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, precum și centrele municipale și raionale, care sunt conduse de medicii-șefi sanitari de stat ai teritoriilor respective. Conducerea organelor și a instituțiilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat se pune, respectiv, în sarcina medicului-șef sanitar de stat al Republicii Moldova, adjuncților lui și medicilor-șefi sanitari de stat ai raioanelor și municipiilor și adjuncților lor (*figura 69*).

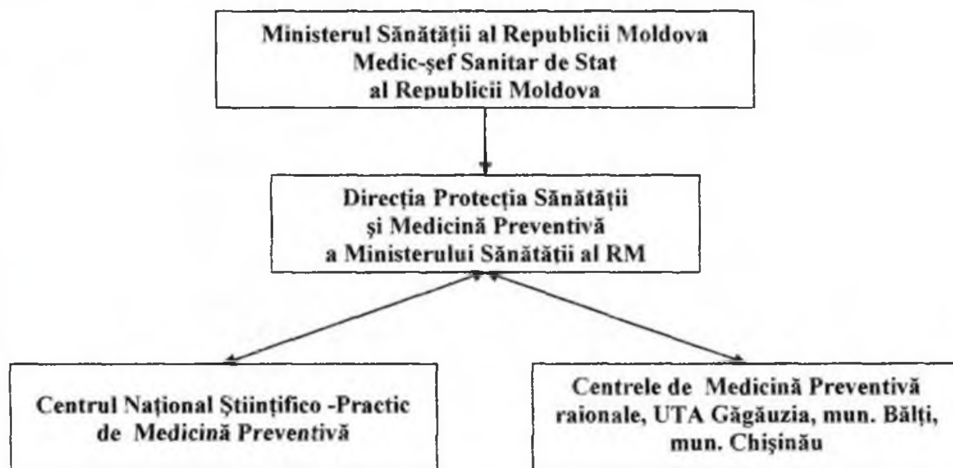


Figura 69. **Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de stat al Republicii Moldova**

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă cu direcțiile și centrele republicane specializate efectuează conducerea generală, organizarea și controlul îndeplinirii legislației în vigoare privind măsurile sanitaro-igienice și antiepidemice pe teritoriul republicii. Sarcina CNȘPMP este cercetarea, analizarea și evaluarea stării sanitaro-epidemiologice din țară cu aplicarea măsurilor pentru ameliorarea ei. În acest scop CNȘPMP organizează și conduce supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat pe teritoriul republicii.

CNȘPMP al Ministerului Sănătății are dreptul de a participa la elaborarea proiectelor de legi, hotărârilor, actelor normative și dispozițiilor Parlamentului și Guvernului Republicii cu privire la diverse chestiuni de asigurare sanitaro-epidemiologică a populației și în cadrul sarcinilor supravegherii sanitare preventive și curente executate de instituțiile sanitaro-epidemiologice, CNȘPMP cu dreptul de coordonare a activității serviciilor medico-sanitare ale altor departamente și ministere, care nu fac parte din sistemul dat, coordonează activitatea de protecție sanitară a teritoriului țării, de prevenire a bolilor de carantină și a altor patologii contagioase, asigură controlul acestor activități.

CNȘPMP controlează respectarea normelor și cerințelor sanitaro-igienice la proiectarea, construcția și reconstrucția edificiilor. În domeniul supravegherii sanitaro-epidemiologice de stat, CNȘPMP permite utilizarea noilor substanțe chimice, inclusiv folosirea stimulatorilor creșterii plantelor și animalelor, erbicidelor, pesticidelor, a noilor tipuri de mase plastice și alte produse chimice, a noilor tipuri de materie primă, produse alimentare, confecții industriale, materiale de construcție, ambalaj, materiale sintetice și confecții din ele; efectuează inspectarea noilor procese tehnologice, tipuri de utilaje, dispozitivelor și instrumentarului de lucru, care ar putea exercita o acțiune nocivă asupra sănătății oamenilor, studiază regimul educativ-didactic recomandat pentru instituțiile preșcolare și școlare, elaborează standardul de stat privind apa potabilă și îl prezintă spre confirmare, verifică calitatea sero-vaccinurilor și preparatelor de diagnostic, alergenilor și mediilor de cultură produse în scopuri medicale.

CNȘPMP rezolvă un șir de probleme organizatorice și metodice: conduce activitatea subdepartamentelor instituțiilor de cercetări științifice, elaborează măsuri igienice științific argumentate pentru aplicare în mediul de producție, organizează educația igienică a populației, antrenează masele în măsurile de îmbunătățire a asistenței sanitaro-epidemiologice a populației, elaborează și pregătește pentru editare materialele oficiale privind activitatea organelor și instituțiilor serviciului sanitaro-epidemiologic.

CNȘPMP elaborează și aprobă normele și regulamentele igienice și sanitaro-antiepidemice, care urmează a fi respectate de către toate ministerele, departamentele, întreprinderile, instituțiile și de către populație. CNȘPMP de comun acord cu alte direcții și secții ale MS al Republicii Moldova participă la elaborarea normativelor de asigurare cu cadre medicale. Subunitățile structurale de specialitate ale CNȘPMP dirijează comportamentele respective ale supravegherii sanitaro-epidemiologice de stat, precum și protecția sanitaro-epidemiologică a teritoriului Republicii Moldova.

Supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat eliberează avize: în caz de acordare a loturilor de pământ pentru construcţii, pentru planificarea şi construirea localităţilor, planificarea noilor obiective industriale la proiectarea, construcţia şi reconstrucţia întreprinderilor, reprofilarea şi retehnologizarea producţiei; la darea în exploatare a blocurilor locative, edificiilor cultural-sociale, unităţilor industriale etc.; la producerea, păstrarea, transportarea produselor alimentare, utilajului tehnic pentru pregătirea şi prelucrarea culinară ulterioară a produselor. De asemeni, el supraveghează producerea veselei şi recipientelor pentru produsele alimentare, utilizarea substanţelor radioactive şi surselor de radiaţie ionizantâ. Impune respectarea măsurilor de prevenire şi lichidare a bolilor profesionale şi infecţioase, de protecţie a apelor subterane şi de suprafaţă, a solului, aerului atmosferic de poluarea cu deşeuri industriale şi menajere, respectarea restricţiilor privind intensitatea zgomotului în locurile de odihnă.

Instituţia de bază a serviciului sanitaro-antiepidemic o constituie Centrul de Medicină Preventivă (CMP) care este o instituţie de stat cu funcţii multiple ce efectuează pe teritoriul administrativ supravegherea sanitaro-epidemiologică şi organizează întregul complex de măsuri sanitaro-curative, antiepidemice şi profilactice. CMP este o instituţie sanitaro-profilactică de sine stătătoare de stat a Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat al Republicii Moldova, dispune de ştampilă cu Stema de Stat, de cont trezorerial, de un sistem propriu de cheltuieli aprobat conform legislaţiei în vigoare şi este finanţat din bugetul republican. Din punct de vedere administrativ şi funcţional se subordonează organelor superioare, inclusiv Direcţiei Protecţia Sănătăţii şi Medicină Preventivă a MS al Republicii Moldova.

Centrul de Medicină Preventivă municipal şi raional dispune de încăperi ce corespund structurii şi capacităţilor necesare, de mijloace de legătură; de transport, utilare specială potrivit normativelor în vigoare.

Secţiile structurale de bază: sanitaro-epidemiologică şi de dezinfecţie sunt indispensabile pentru fiecare SSE. Secţia sanitaro-epidemiologică are două subdiviziuni – epidemiologică şi sanitaro-igienică. Din subdiviziunea epidemiologică fac parte grupele antiepidemice şi parazitologice, şi laboratorul bacteriologic. Secţia sanitaro-igienică se divide în patru grupe operative: igiena mediului, igiena muncii, igiena alimentaţiei, igiena copiilor şi adolescenţilor. Ambele secţii dispun de laboratoare proprii, ceea ce favorizează unitatea organizatorică şi funcţională, precum şi unitatea lucrului operativ şi de laborator.

Secţia de dezinfecţie este constituită din subdiviziunile de evacuare şi dezinfecţie în focar, dezinfecţie în etuvă şi de prelucrare sanitară.

Având în principiu aceeaşi structură (*figura 70*), CMP municipal şi cele raionale se deosebesc unele de altele prin numărul de state, personal medical, special şi auxiliar. După necesitate şi în dependenţă de numărul de populaţie deservit, în CMP sunt organizate subdiviziuni suplimentare: virusologice, grupe radiologice, secţiile infecţiilor extrem de periculoase ş.a., laboratoare speciale pentru metodele de cercetare instrumentale, toxicologice. Pe lângă secţiile de dezinfecţie sunt create subdiviziuni de dezinsecţie profilactică, dezinfecţie şi deratizare ce funcţionează pe baza autogestiunii.

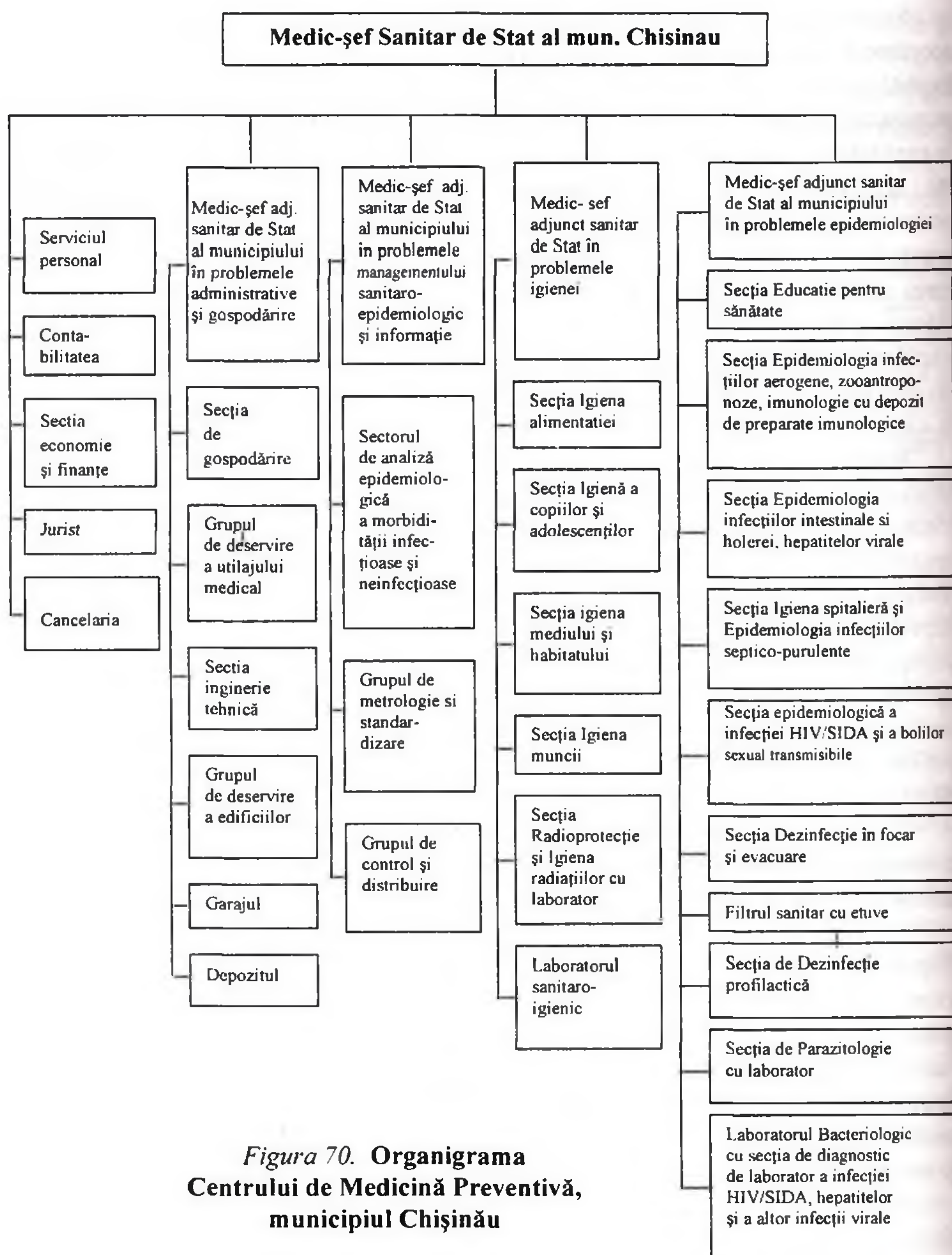


Figura 70. **Organigrama Centrului de Medicină Preventivă, municipiul Chişinău**

23.3. RELAŢIILE INTERDEPARTAMENTALE ALE ORGANELOR ŞI INSTITUŢIILOR SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT

Serviciul sanitaro-epidemiologic de stat este centrul organizator metodic şi de conducere (dirijare) a activităţii sanitaro-epidemiologice pe teritoriul republicii. În legătură cu aceasta el colaborează strâns cu alte instituţii ale sistemului ocrotirii

sănătății: cu departamentele sanitare, cu instituțiile veterinare, cu organizațiile de stat şi private, cu cele obşteşti, ONG-uri etc.

Medicul-şef sanitar de Stat al republicii, conducătorii organelor şi instituțiilor sanitaro-epidemiologice asigură conlucrarea strânsă între toate instituțiile medicale. Lucrul practic în domeniul sanitaro-antiepidemic, în paralel cu CMP, este efectuat de către instituțiile curativ-profilactice, totodată Serviciul sanitaro-epidemiologic de stat exercită funcția supravegherii de stat.

23.4. PLANUL DE ACTIVITATE AL CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ

După cum se cunoaşte, planificarea este funcția dirijării, elementul ei de bază în evoluarea efectivă a activității sanitaro-epidemiologice.

Planificarea activității se efectuează reieşind din starea sanitaro-epidemiologică şi economică a teritoriului deservit, prevederile Legii privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației, Legii Ocrotirii Sănătății, Decretelor Preşedintelui, Hotărârilor Guvernului, administrației publice locale, altor acte legislative în vigoare în baza indicilor calității şi eficacității măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice, activității de producere, dotării tehnice a Centrului.

Documentul de bază al planificării curente este planul de dezvoltare strategică al CMP şi planul complex anual al măsurilor de asigurare sanitaro-epidemiologică a populației. Planul de dezvoltare strategică coordonează activitatea Centrului în perspectivă, pe o durată lungă şi include următoarele compartimente: activitatea organizatorică, metodică şi administrativă, activitatea de pregătire a cadrelor, activitatea de dezvoltare a bazei tehnico-materiale şi dezvoltarea socială.

Planurile complexe anuale coordonează activitatea internă a subdiviziunilor instituției şi a organelor de ocrotire a sănătății (a medicilor sanitari-şefi de stat şi adjuncților lor, a tuturor tipurilor de supraveghere sanitaro-epidemiologică – comunală, alimentară, industrială, igiena copiilor şi adolescenților, precum şi a medicilor din alte instituții curativo-profilactice) cu cea a organizațiilor administrative şi gospodăreşti pentru efectuarea măsurilor sanitaro-igienice şi antiepidemice pe teritoriul respectiv. Măsurile preconizate în planurile complexe, până la examinarea şi aprobarea lor de către organele administrației publice locale, trebuie neapărat coordonate cu organizațiile şi departamentele vizate. Planurile complexe se coordonează cu acțiunile sociale, a căror efectuare ține de secția de planificare a organelor puterii de stat locale (primărie). Totodată, ordinea îndeplinirii lor este stabilită ținând cont de propunerea organului teritorial al serviciului SES. Ca urmare, măsurile preconizate capătă un caracter real şi juridic. Planurile complexe trebuie să fie concretizate la maximum; fără a fi voluminoase, ele trebuie să asigure controlul executării celor proiectate. De regulă, planul complex al CMP teritorial este alcătuit din următoarele compartimente: sarcinile de bază ale activității; măsurile organizatorice şi lucrul cu personalul medical şi nemedical; măsurile de asanare şi educație pentru sănătate a populației; măsurile de ameliorare a stării igienice şi antiepidemice a condițiilor de muncă ale muncitorilor din industrie, agricultură etc., măsurile de supraveghere preventivă şi curentă a activității sanitare în toate domeniile, măsurile de asigurare şi dezvoltare tehnică. Compartimentele planului complex se completează în formă

de tabel, în el se indică acţiunile principale şi personalul responsabil de îndeplinire, termenul de executare şi control. După aprobarea planului de către primărie acesta capătă putere legislativă pe teritoriul administrativ dat.

Pentru a înlesni realizarea principiului complexităţii şi interacţiunii CMP teritorial cu alte instituţii amplasate pe teritoriul supravegheat, în conformitate cu regulamentul stabilit de Medicul-şef sanitar de Stat al Republicii Moldova se organizează Consiliul sanitaro-epidemiologic cu funcţia de organ consultativ coordonator.

Acest consiliu îşi desfăşoară activitatea conform planului aprobat de medicul-şef sanitar al teritoriului municipiului, raionului. El elaborează recomandări (prescripţii sanitare) privind activitatea sanitaro-antiepidemică şi profilactică în scopul diminuării şi lichidării bolilor contagioase şi profesionale, generalizează experienţa înaintată, contribuie la implementarea în practică a formelor şi metodelor noi de supraveghere sanitaro-antiepidemică, examinează planul şi programele de pregătire şi reciclare a medicilor şi personalului medical mediu.

În calitate de membri permanenţi din componenţa Consiliului sanitaro-epidemiologic fac parte reprezentanţii primăriei, medici igienişti şi epidemiologi cu experienţă, specialişti ai instituţiilor curativo-profilactice, reprezentanţi ai instituţiilor de cercetări ştiinţifice, catedrelor de profil sanitaro-igienic ale facultăţii de medicină, serviciilor de departament, întreprinderilor, unităţilor economice, activului sindical etc.

Componenţa personală a consiliului se stabileşte şi se aprobă de Medicul-şef sanitar de Stat al republicii. Hotărârile consiliului intră în vigoare după aprobarea lor de către Medicul-şef sanitar de Stat al teritoriului, municipiului, raionului.

23.5. LABORATOARELE SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT

Supravegherea sănătăţii populaţiei în relaţie cu factorii care o influenţează, element ce asigură estimarea, gestionarea şi comunicarea riscurilor care provin de la factorii de mediu, alimentaţie, habitat, condiţiile de muncă, instruire şi comportament şi elaborează recomandări orientate spre eliminarea şi reducerea impactului lor nefast asupra sănătăţii. Evaluarea obiectivă a riscurilor necesită implementarea tehnologiilor moderne în diagnostic de laborator bacteriologic, virusologic, parazitologic, toxicologic şi sanitaro-igienic, cu un sistem rapid de diagnostic al bolilor cu impact major pentru sănătatea publică şi asigurarea biosecurităţii.

Obiectivele de activitate în domeniul diagnosticului de laborator, orientate spre crearea unui sistem de monitorizare a factorilor, care pot influenţa sănătatea populaţiei sunt:

– evaluarea situaţiei sanitaro-epidemiologice, specificului şi gradului de poluare a obiectivelor mediului în baza datelor obiective ale diagnosticului de laborator argumentat şi raţional organizat;

– selectarea problemelor prioritare la nivel republican şi teritorial, elaborarea şi implementarea programelor de studiu, de supraveghere de laborator durabilă în cadrul monitoringului socio-igienic şi epidemiologic;

– examinarea şi analiza permanentă (periodică) a rezultatelor încercărilor de laborator (selective, sistematice), introducerea, după caz a schimbărilor în structura

investigaţiilor sau programelor de studiu pentru a decide măsuri de redresare a situaţiei, inclusiv operative pentru asigurarea bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei.

23.5.1 ORGANIZAREA ACTIVITĂŢII DE LABORATOR

Problema organizării activităţii Centrelor de Medicină Preventivă în domeniul diagnosticului de laborator necesită dezvoltarea sistemelor administrative şi tehnice care determină funcţionarea lor prin:

- asigurarea cu spaţiu şi numărul necesar de încăperi de laborator cu condiţii de mediu şi lucru în conformitate cu specificul laboratorului;
- înzestrarea cu echipament modern, sofisticat în corespundere cu cerinţele determinate de organismele internaţionale (OMS, UE) şi de necesităţile serviciului sanitaro-epidemiologic din teritoriu;
- personal competent pentru executarea sarcinilor specifice cu experienţa şi abilitatea cerută, cu şcolarizarea şi instruirea permanentă.

Scopul principal al activităţii laboratoarelor Centrelor de Medicină Preventivă constă în realizarea diagnosticului de laborator al obiectelor mediului ambiant (apa, produsele alimentare, solul, aerul etc.) şi igiena instituţiilor medicale de sănătate publică, instituţiilor de copii, întreprinderilor de alimentaţie publică, altor obiective de semnificaţie epidemiologică realizate în cadrul supravegherii sanitaro-epidemiologice, precum şi determinarea agenţilor cauzali ai îmbolnăvirilor infecţioase, somatice sau nosocomiale cauzate de microorganisme, studierea caracterelor morfobiologice ale agentului izolat, determinarea spectrului sensibilităţii bacteriilor la preparate medicamentoase (antibiotice) şi monitoringul terapiei antimicrobiene.

Sarcinile şi funcţiile specifice ale laboratoarelor sanitaro-igienice şi bacteriologice ale Centrelor de Medicină Preventivă sunt următoarele:

- planificarea şi organizarea efectuării investigaţiilor sanitaro-igienice, sanitaro-bacteriologice în scopul controlului inofensivităţii şi calităţii produselor alimentare, apei potabile, altor obiecte ale mediului, condiţiilor de studiu, muncă şi trai al populaţiei şi investigaţiilor microbiologice, imunologice, sanitaro-bacteriologice în scopul depistării şi identificării agenţilor patogeni ai bolilor transmisibile, determinării nivelului de imunoprotecţie specifică a populaţiei la infecţiile dirijate prin vaccinare; monitorizarea circulaţiei agenţilor microbieni asociaţi cu mecanism nosocomial de transmitere şi a răspândirii tulpinilor polirezistente la antibiotice;
- asigurarea calităţii investigaţiilor efectuate prin organizarea funcţionării şi menţinerea sistemului de management al calităţii, demonstrarea competenţei tehnice prin acreditarea în organele abilitate;
- reducerea termenului de investigare prin elaborarea, perfecţionarea, unificarea şi implementarea metodelor rapide, sistemelor semi- şi/sau automatizate şi standardizate; perfecţionarea sistemului informaţional integrat în activitatea serviciului de laborator la diferite nivele (reţea electronică, baze de date, programe specializate);
- activitatea organizator-metodică, consultativă şi de instruire în domeniul diagnosticului de laborator, acordarea ajutorului metodic şi practic a laboratoarelor din sistemul ocrotirii sănătăţii, private şi departamentale;

- evaluarea indicilor de activitate la compartimentul diagnosticul de laborator cu completarea formelor statistice, dărilor de seamă în modul stabilit pentru generalizarea, analiza lor şi determinarea priorităţilor de planificare ulterioară.

Laboratoarele CMP activează în comun cu subdiviziunile operative corespunzătoare, care determin strategia şi tactica planificării cercetărilor de laborator în funcţie de situaţia sanitaro-epidemiologică. Concomitent, specialiştii secţiilor igienice şi epidemiologice sunt responsabili de organizarea, recoltarea şi transportarea probelor reprezentative pentru efectuarea cercetărilor cu interpretarea ulterioară a rezultatelor obţinute, ce presupune participarea activă a epidemiologilor şi igieniştilor în planificarea activităţii laboratorului.

De regulă, se elaborează două tipuri de planuri: anuale şi lunare. Drept bază pentru elaborarea planului anual servesc rezultatele cercetărilor morbidităţii infecţioase a populaţiei, datele privind starea sanitară şi epidemiologică a fiecărui obiect în funcţie de specificul şi particularităţile producerii, importanţa lor epidemiologică, precum şi dotarea tehnico-materială, capacitatea laboratoarelor, calificarea personalului etc. pe anii precedenţi.

În procesul analizei morbidităţii infecţioase, epidemiologii stabilesc contingentele ce urmează a fi cercetate în funcţie de caz. Pentru oportunitatea investigaţiilor este necesară prognoza nivelul aşteptat al morbidităţii după formele nosologice mai frecvent întâlnite şi volumul investigaţiilor necesare. Medicii igienişti prezintă lista obiectelor de supraveghere cu indicarea termenului presupus de prelevare, volumului şi scopului investigaţiilor.

Planul anual de activitate al laboratorului include următoarele:

1. măsuri organizatorico-metodice;
2. activitatea de producţie (cercetări de laborator, însuşirea metodelor noi);
3. perfecţionarea nivelului profesional de calificare a specialiştilor de laborator;
4. rezerve de timp (lucrul neplanificat, situaţia excepţională, lipsa cadrelor etc.).

După completare, planul de lucru al laboratorului, ca parte componentă a planului instituţiei, este aprobat de directorul CMP şi serveşte drept bază pentru elaborarea planurilor de lucru lunare.

23.5.2. VOLUMUL ŞI STRUCTURA CERCETĂRILOR DE LABORATOR

Volumul şi structura investigaţiilor de laborator depind de nivelul Centrului de Medicină Preventivă (republican, municipal, raional de categorie concretă), înzestrarea laboratorului cu aparataj, medii nutritive, preparate diagnostice, reactive chimice etc., completarea şi competenţa cadrelor.

Cerinţele pentru activitatea CMP în domeniul diagnosticului de laborator prevăd ca încercările de laborator să fie adecvate scopului cercetărilor igienice, situaţiei sanitaro-epidemiologice din teritoriu, să fie raţionale, actuale şi cost-eficiente.

Laboratoarele CMP teritoriale sunt mai mult de profil producător. Circa 75-80% din bugetul de timp este folosit pentru efectuarea analizelor, în timp ce laboratoarele republicane sunt specializate în efectuarea lucrului organizator-metodic, ce constituie circă 40-45% din activităţile planificate.

Structura cercetărilor de laborator în cadrul Centrului de Medicină Preventivă de regulă include compartimentele:

Compartimentul igiena mediului şi habitatului uman:

- cercetări sanitaro-igienice şi bacteriologice ale calităţii apei potabile în conformitate cu normativele sanitaro-epidemiologice;
- evaluarea calităţii apei din sursa de aprovizionare centralizată şi decentralizată (fântâni, izvoare, cişmele);
- investigarea apei potabile din reţea, în caz de indicaţii speciale (darea în exploatare a unui sector nou de reţea, reparaţia ei), indicaţii epidemiologice;
- controlul calităţii apelor de suprafaţă, bazinelor de înot, controlul de laborator al eficacităţii lucrului instalaţiilor de epurare a apelor reziduale;
- monitoringul autopurificării şi contaminării solului, deşeurilor;
- controlul de laborator al calităţii apei se face după o serie de indici care reflectă componenţa naturală a apei şi regimul sanitaro-igienic al sursei de apă.

Monitorizarea aerului atmosferic prevede un studiu special orientat spre obţinerea informaţiei obiective despre sursele de poluare, profilul emisiilor în atmosferă, factorii de risc (chimici, fizici), precum şi metodologia, frecvenţa, termenele de cercetare.

Compartimentul igiena alimentaţiei:

– evaluarea indicilor de inofensivitate şi de calitate ce caracterizează produsele, reglementate de regulile şi normele sanitaro-epidemiologice: toxice (plumb, cadmiu, arseniu, cupru, mercuriu, nichel, aluminiu, staniu), micotoxine (patulina, aflatoxina B1, aflatoxina M1 etc), nitrozoamine, benzapiren, histamina, antibioticele, iodul şi fierul etc. în produsele îmbogăţite, remanenţe de pesticide, parametre bacteriologice, radiologice;

– controlul sanitaro-igienic al procesului tehnologic de fabricare, al ambalajelor folosite de producător, condiţiilor de transportare, păstrare şi comercializare a alimentelor, în special pentru tehnologii şi produse noi;

– analiza compoziţiei produselor alimentare şi materiei prime, corespunderii lor normelor fiziologice de asigurare a organismului cu nutriţie, vitamine, suplimente;

– studiul cazurilor de intoxicaţii şi toxiinfecţii alimentare.

O atitudine specială se manifestă la cercetarea alimentelor pentru copii (conţinutul de vitamine, diferite suplimente alimentare).

Compartimentul igiena muncii:

– cercetarea mediului aerian al încăperilor industriale şi terenurilor de producţie la prezenţa substanţelor chimice (gaze, vapori, aerosoli) şi a prafului, în dependenţă de particularităţile obiectelor de supraveghere (obiecte ale industriei alimentare, fabricarea mobilei, materialelor de construcţie, ceramicii, obiecte de transport etc.);

– cercetarea condiţiilor de muncă (microclima: temperatură, umiditate, viteza mişcării aerului – curenţii), aprecierea iluminării locului de muncă;

– determinarea nivelului zgomotului (inclusiv componenţa spectrală), a vibraţiei locale şi generale;

– determinarea nivelului de radiaţie ionizantă şi Roentgen;

– cercetări privind fiziologia muncii (metode simple de cercetare a stării SCV, funcţiei respiratorii, de termoreglare, musculare, sistemului nervos etc.);

– aprecierea capacităţii de ventilaţie a încăperilor (viteza mişcării aerului în încăperile de lucru etc.).

Compartimentul igiena copiilor şi adolescenţilor:

– cercetarea în instituţiile preşcolare şi şcolare a produselor alimentare, aerului, apei potabile, apelor din bazinele de înot şi zonele de recreaţie, solul, controlul calităţii dezinfecţiei prin utilizarea testelor de salubritate.

În CMP, unde nu este prevăzută secţia dată, activităţile la compartimentul dat se efectuează în secţiile de profil – igiena muncii, igiena mediului şi habitatului uman, igiena alimentaţiei, secţia epidemiologică.

Chimizarea agriculturii a impus necesitatea organizării în componenţa CMP a unor secţii speciale, care efectuează supravegherea igienică a aplicării preparatelor de uz fito-sanitar şi fertilizanţilor, îngrăşămintelor minerale folosite în teritoriul administrativ şi evaluarea remanenţelor lor în produsele alimentare, apă şi mediu.

Secţia toxicologică a laboratorului de nivel republican are sarcina de a depista substanţele toxice şi toxicitatea compuşilor chimici. Obiectele de investigare sunt:

– mărfurile chimice de provenienţă casnică (vopsea, clei, dizolvanţi, detergenţi etc.);

– materialele de construcţie sintetice (de cauciuc, de masă plastică etc.);

– vesela, ambalajul sintetic al produselor alimentare;

– obiectele de uz casnic, îmbrăcămintea, încălţămintea, jucăriile din polimeri şi fibre artificiale;

– materia primă pentru industria chimică, produsele de import cu proprietăţi toxicologice.

Compartimentul epidemiologie:

– cercetări microbiologice în scopul depistării şi identificării agenţilor patogeni ai infecţiilor intestinale acute, difteriei, tusei convulsive, meningitei, bolilor strepto- şi stafilococice, infecţiilor anaerobe etc.;

– cercetări serologice în caz de dizenterie, febră tifoidă, rickettsioze, tularemie, leptospiroză, bruceloză HIV/SIDA etc.;

– determinarea sensibilităţii la antibiotice şi chimiopreparate, monitorizarea antibioterapiei şi răspândirii microorganismelor polirezistente;

– monitorizarea circulaţiei agenţilor microbieni în condiţii de spital;

– controlul calităţii dezinfecţiei în instituţii medicale de sănătate publică, în focarele epidemice;

– organizarea prelevării probelor de la bolnavi, suspecţi, contacţi pentru izolarea şi identificarea agenţilor patogeni;

– cercetări în caz de toxiinfecţii alimentare pentru identificarea enterobacteriilor patogene sau condiţionat patogene, stafilococului şi microflorei patogene anaerobe.

Volumul cercetărilor de laborator şi esenţa variază în funcţie de nivelul morbidităţii şi de starea sanitaro-epidemiologică de pe teren. Rezultatele cercetărilor de laborator fac posibilă evaluarea obiectivă a stării sanitaro-epidemiologice a mediului, depistarea surselor şi căilor de răspândire a infecţiei, factorilor şi agenţilor cu acţiune asupra sănătăţii populaţiei. În baza lor se elaborează măsuri eficiente de lichidare a factorilor nocivi din mediu, se întreprind măsurile profilactice şi epidemiologice ce se impun.

23.5.3. DOCUMENTAŢIA DE LABORATOR

Evidenţa activităţii laboratoarelor este reflectată în documentele de laborator corespunzătoare. Documentaţia în cauză este o sursă importantă de informaţie privind starea sanitaro-epidemiologică a obiectelor cercetate. Pe baza ei sunt elaborate măsurile optime antiepidemice, de profilaxie şi de antrenare a sănătăţii populaţiei. De asemenea, evidenţa corectă a activităţii laboratorului permite evaluarea randamentului muncii personalului, calităţii cercetărilor efectuate şi folosirea aparatajului, mediilor nutritive, preparatelor diagnostice, reactivelor chimice etc.

Forma formularelor statistice şi de evidenţa este aprobată prin ordinul Ministerului Sănătăţii. Tipurile formelor de evidenţă corespund analizelor efectuate. Documentele de însoţire, prezentate în laborator, trebuie se reflecte toate datele necesare despre bolnavi, purtători, contingentul examinat (lucrătorilor din instituţiilor alimentare, instituţiilor de copii), precum şi date despre probele prelevate (produsele alimentare şi alte obiecte ale mediului îndreptate în laborator pentru cercetare) şi alte informaţii, care servesc drept sursă de izbucnire a intoxicaţiilor şi toxiinfecţiilor.

Documentele de bază al laboratorului sunt registrele, care unifică înregistrarea investigaţiilor efectuate, studierea proprietăţilor biochimice şi antigenice ale tulpinilor depistate şi elaborarea rezultatelor. Fiecare tip de analiză este notat într-un registru special al cărui conţinut identifică factorii cercetărilor de laborator şi conţine informaţia suficientă pentru dovezi a veridicităţii rezultatelor. Înregistrarea probelor prezentate în laborator se efectuează, de obicei, în corespundere cu documentaţia de însoţire completată de persoana, care a eşantionat proba. Conţinutul registrelor de lucru trebuie să reflecte cerinţele standardelor naţionale, directivelor europene, indicaţiilor metodice, instrucţiunilor.

Registrele secundare sunt registrele de evidenţă a calităţii investigaţiilor efectuate de laborator (registrul de pregătire şi control al mediilor nutritive şi reactivelor chimice, registru de control al lucrului sterilizatoarelor şi frigiderelor, registrul de evidenţă a culturilor patogene identificate şi de distrugere a lor etc.).

O altă formă de evidenţă sunt formularele de eliberarea a rezultatelor de laborator – procese verbale ale rezultatelor. Forma procesului verbal de cercetare este determinată de tipul eşantionului şi include datele metodei de cercetare, reglementărilor documentelor normative în vigoare, concluzii privind corespunderea eşantionului cercetat.

Pentru evitarea erorilor numărul de înregistrare al eşantionului luat pentru cercetarea de laborator însoţeşte această probă în toate registrele, acelaşi număr este notat şi pe toată vesela de laborator şi în procesul verbal.

Documentaţia (înregistrările) de laborator reprezintă dovezi obiective pentru clienţii laboratorului, pentru organismul de acreditare şi autorităţile de reglementare privind calitatea activităţilor desfăşurate în cadrul laboratorului. Documentaţia de laborator se păstrează în ordine pentru a preveni deteriorarea ei, precum şi modificarea datelor originale.

23.5.4. INDICII DE EVALUARE A ACTIVITĂŢII DE LABORATOR

Rezultatele eficacităţii activităţii laboratoarelor bacteriologice şi sanitaro-igienice se analizează după indici cantitativi şi calitativi.

Indicii cantitativi caracterizează volumul absolut al investigațiilor executate, nivelul de cheltuieli şi gradul de utilizare a resurselor, iar indicii calitativi operativitatea şi veridicitatea cercetărilor. Indicii eficacității pot fi priviți în complex numai ca o totalitate a activității laboratoarelor şi a specialiştilor secțiilor operative de profilul corespunzător.

Indicii cantitativi sunt:

- numărul absolut de investigații sau măsurări de laborator efectuate;
- indice asigurării populației cu investigații de laborator (la 1 000, 10 000, 100 000);
- frecvența medie a cercetărilor la obiectele de supraveghere;
- nomenclatorul (structura) cercetărilor după tipuri;
- numărul de cercetări efectuate de un specialist (volumul lucrului, exprimat în unități de laborator: 1 unitate – 10 minute).

La estimarea indicilor cantitativi obținuți de laborator se iau în considerare datele obținute pe parcursul ultimilor 3 ani, ce permite a stabili în dinamică tendințele de dezvoltare a unor anumite tipuri de cercetări şi eficiența lor.

Pentru laboratoarele bacteriologice şi laboratoarele secțiilor sanitaro-igienice, metodele de evaluare a indicilor cantitativi şi metodele analitice de interpretare a lor sunt identice.

Determinarea, însă, a indicilor calitativi şi interpretarea lor pentru laboratoarele de aceste profiluri se efectuează diferit.

Indicii calitativi ai activității laboratoarelor bacteriologice sunt:

- ponderea analizelor pozitive în raport cu numărul total de cercetări;
- depistarea purtătorilor de agenți ai bolilor infecțioase;
- confirmarea bacteriologică a diagnozei clinice (în procente față de numărul total);
- cota parte a maladiilor infecțioase cu factor etiologic depistat (față de numărul total);
- numărul diferitor tipuri de cercetări în comparație cu media pe republică.

Gradul de însămânțare a agentului patogen depinde în mare măsură de morbiditate şi este natural că va fi mare acolo unde circulația agenților patogeni e mai înaltă. La rândul lor aceşti indici depind de periodicitatea cercetărilor. Astfel, ambii indicatori sunt relativi şi trebuie priviți în dinamică, luând în considerare starea sanitaro-epidemiologică a teritoriului.

Indicele confirmării bacteriologice a maladiei infecțioase se determină prin raportul numărului persoanelor la care în timpul bolii a fost depistat agentul patogen către numărul total de bolnavi cercetați cu o anumită formă nozologică.

Indicii calitativi ai activității laboratoarelor sanitaro-igienice sunt:

- ponderea investigațiilor neconforme cerințelor igienice;
- numărul de investigații revenite la o probă – indice ce caracterizează complexitatea cercetărilor de laborator;
- numărul de metode noi însuşite şi implementate în practica de laborator;
- structura investigațiilor pe igiene (igiena mediului, alimentației, muncii, pesticidelor);
- numărul de încercări efectuate de laborator în raport cu indicele mediu pe republică.

Astfel, valorile indicilor cantitativi şi calitativi depind de: organizarea corectă a planificării activităţilor de laborator, baza tehnico-materială, nivelul de calificare a personalului, volumul şi componenţa nosologică a morbidităţii infecţioase sau prezenţa unor sau altor factori de contaminare a mediului care necesită indicaţii specifice.

Indicii activităţii laboratoarelor sunt prezentate anual în raportul statistic „Darea de seamă privind starea sanitaro-igienică şi epidemiologică în raion, municipiu" (formularul nr. 18) şi paşaportul laboratorului.

Un indice al evaluării activităţii unui laborator modern este organizarea şi asigurarea funcţionării sistemului de calitate prin implementarea auditului intern al calităţii cercetărilor efectuate.

Auditul intern al calităţii investigaţiilor sanitaro-igienice şi microbiologice este un complex de măsuri şi proceduri efectuate de laborator, orientate spre asigurarea şi controlul stabilităţii condiţiilor necesare pentru efectuarea cercetărilor, precum şi prevenirea acţiunii nefavorabile create în procesul pregătirii, efectuarea şi estimarea rezultatelor obţinute, factorilor capabili să influienţeze veridicitatea rezultatului.

Pentru aprecierea indicilor activităţii laboratoarelor sanitaro-bacteriologice şi igienice o mare importanţă are şi efectuarea cercetărilor de intercomparare cu respectarea strictă a următoarelor condiţii: efectuarea cercetărilor în aceeaşi perioadă, unificarea locului şi metodei de recoltare a probelor, folosirea metodelor comparabile pentru indicii determinaţi.

Organizarea auditului intern al calităţii la toate etapele de realizare a încercărilor asigură obţinerea rezultatelor veridice, comparabile.

Randamentul activităţii laboratoarelor este determinat şi de costul cercetărilor, indice care depinde de productivitatea muncii, de folosirea raţională a fondurilor fixe şi a specialiştilor etc.

23.5.5. EXAMINAREA ŞI OPTIMIZAREA ACTIVITĂŢII DE LABORATOR

Serviciul de laborator al SSES din Republica Moldova constituie o reţea de laboratoare care asigură populaţia cu investigaţii de laborator, efectuând diagnosticul bolilor transmisibile şi examenul igienic şi bacteriologic al obiectelor mediului, unităţilor de producere şi comercializare cu semnificaţie epidemiologică.

În prezent realizările ştiinţei şi practicii mondiale au atins un nivel avansat. În domeniul microbiologiei medicale existenţa unor microorganisme dificil sau incultivabile implicate în patologia infecţioasă, precum şi emergenţa sau reemergenţa unor infecţii noi, de asemenea, impun implementarea unor metode coerente de diagnostic şi tipaj epidemiologic bazate pe tehnici de biologie moleculară. De asemenea, folosirea tehnologiilor şi substanţelor chimice noi necesită dezvoltarea permanentă a metodelor de laborator sanitaro-igienic cu aplicarea echipamentelor sofisticate cu sensibilitate înaltă.

Deşi există un sistem unic de laboratoare şi un număr optim de specialişti, activitatea laboratoarelor nu satisface permanent cerinţele practicii sanitaro-epidemiologice.

Toate acestea necesită forme noi de organizare a serviciului de laborator şi anume:

– asigurarea laboratoarelor CMP cu aparataj, medii nutritive, preparate diagnostice, test-sisteme, reagenţi chimici, mijloace performante şi înalt eficiente de protecţie colectivă şi individuală a personalului şi a mediului (boxe de biosecuritate, costume şi mijloace de protecţie individuală, dezinfectanţi etc.), orientarea spre utilizarea metodologiilor şi tehnologiilor moderne propuse de OMS în conformitate cu cerinţele standardelor ISO;

– implementarea planificată a tehnologiilor computerizate în serviciul de laborator în scopul creării unui spaţiu informaţional unic, schimb de informaţii între laboratoare de diferite niveluri, informarea serviciului curativ, arhivarea datelor de laborator;

– formarea corpului profesional privind implementarea formelor noi de pregătire a cadrelor cu însuşirea metodelor noi de diagnosticare;

– elaborarea programelor unificate de pregătire a studenţilor, rezidenţilor în conformitate cu cerinţele OMS şi standardele ISO;

– asigurarea catedrelor de perfecţionare cu echipament şi ustensile moderne pentru instruirea rezidenţilor şi medicilor.

23.6. ORGANIZAREA ASISTENŢEI MEDICALE PREVENTIVE

CMP supraveghează starea sanitaro-igienică şi epidemiologică în toate categoriile de instituţii medicale, indiferent de forma de proprietate. Ţine sub control măsurile efectuate de reţeaua curativ-profilactică pentru depistarea bolnavilor contagioşi şi a persoanelor cu boli profesionale, spitalizarea şi dispensarizarea lor, tratamentul corect şi izolarea la timp a bolnavilor contagioşi şi efectuarea masurilor antiepidemice în focarele epidemice, cuprinderea cu imunizări a populaţiei, conform calendarului de vaccinări. Specialiştii SSES organizează efectuarea măsurilor profilactice şi antiepidemice, oferă consultaţii în probleme de igienă practică, epidemiologie, patologie profesională, efectuează conducerea metodică a personalului spitalelor şi policlinicilor în scopul realizării la timp şi în volum deplin a măsurilor profilactice şi antiepidemice.

Un alt aspect al conlucrării instituţiilor sanitaro-antiepidemice cu cele curativo-profilactice ale sistemului ocrotirii sănătăţii constă în efectuarea în comun a măsurilor profilactice şi antiepidemice în baza rezultatelor activităţii reţelei curativo-profilactice. Ambele tipuri de instituţii se preocupă de educaţia pentru sănătate a populaţiei şi promovarea modului sănătos de viaţă, de asigurarea regimului antiepidemic şi igienic în munca activului sanitar.

Lucrătorii medicali din medicina primară desfăşoară activitatea sanitaro-igienică şi antiepidemică sub conducerea şi supravegherea periodică a CMP, având drept sarcini principale depistarea la timp, diagnosticarea precoce şi spitalizarea urgentă a bolnavilor cu boli infecţioase, supravegherea medicală şi investigarea de laborator a contacţilor din focare de boli infecţioase, reconvaliscenţilor şi purtătorilor de germeni patogeni.

Fiecare caz de boală infecţioasă, depistat de orice lucrător medical, de urgenţă se declară la CMP (formularul nr. 058/e) după care medicul desfăşoară măsuri

antiepidemice primare în focar (izolarea/spitalizarea bolnavului (sursă de infecţie), examinarea medicală a contacţilor, efectuarea dezinfecţiei primare), apoi în comun cu specialiştii CMP participă la investigarea epidemiologică a focarului şi la efectuarea măsurilor privind localizarea şi lichidarea lui.

Medicii (lucrătorii medicali) sunt obligaţi să comunice la Centrele de Medicină Preventivă despre toate neajunsurile sanitaro-igienice sau despre cazurile suspecte de boli contagioase depistate pe teren, să execute vaccinările profilactice şi activitatea de educaţie pentru sănătate în rândurile populaţiei din circumscripţia lor.

În activitatea lor antiepidemică medicii ţin legături strânse cu cabinetele şi secţiile de boli contagioase, ftiziopneumologie, dermatovenerologie. Aceste structuri au menirea de a contribui la sporirea calităţii diagnosticului, tratamentului bolilor contagioase, la supravegherea şi dispensarizarea bolnavilor cronici şi convalescenţior.

Conform anumitor programe în CMF, spitale etc. se efectuează sistematic şedinţe comune ale medicilor de circumscripţie cu medicii epidemiologi, igienişti, parazitologi, bacteriologi la care se discută realizarea măsurilor profilactice şi antiepidemice, se desfăşoară instruiri, se elaborează măsuri privind ameliorarea activităţii şi situaţiei.

Serviciul sanitaro-epidemiologic în comun cu reţeaua curativ-profilactică şi serviciile medico-sanitare de la frontieră asigură protecţia sanitară a teritoriului ţării, efectuând măsuri de neadmitere a importului bolilor contagioase convenţionale din alte ţări. În caz de import al infecţiilor pe un teritoriu, sarcina medicilor epidemiologi este localizarea şi lichidarea focarelor acestor boli.

Conlucrarea strânsă cu Serviciul sanitaro-veterinar este una din condiţiile obligatorii care asigură prevenirea bolilor contagioase comune pentru animale şi om (zooantroponoze). Una din formele de colaborare a serviciilor sanitaro-epidemiologic şi sanitaro-veterinar este schimbul regulat de informaţie privind starea epidemiologică şi epizootologică, participarea în comun la efectuarea măsurilor profilactice şi antiepidemice în scopul prevenirii şi combaterii zooantroponozelor.

Igiena mediului şi habitatului uman

Igiena mediului şi habitatului uman prezintă una dintre disciplinele de bază ale medicinei preventive, care studiază acţiunea asupra organismului uman a factorilor naturali şi a celor ce iau naştere în legătură cu activitatea omului şi pe această bază elaborează normative igienice şi reguli sanitare, respectarea cărora asigură condiţiile sănătoase şi favorabile pentru viaţa populaţiei. Prin urmare, igiena mediului şi habitatului uman (IMHU) este baza ştiinţifică pentru activitatea practică a serviciului sanitaro-epidemiologic de stat, care efectuează supravegherea îndeplinirii măsurilor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice, îndreptate spre lichidarea şi preîntâmpinarea poluării mediului, asanarea lui, profilaxia şi micşorarea morbidităţii populaţiei.

Compartimentele principale ale IMHU sunt:

1. Igiena apei. Este una dintre cele mai principale probleme care atinge interesele tuturor oamenilor din considerente cantitative şi calitative. Evident, calitatea apei potabile trebuie să corespundă anumitor exigenţe igienice pentru ca folosirea ei de către populaţie să nu fie periculoasă din punct de vedere igienic şi epidemiologic, dăunătoare după compoziţia chimică şi să fie plăcută după calităţile organo-

leptice. Sunt prevăzute cerinţe igienice speciale pentru a asigura calitatea bună a apei de băut din apeducte, fântâni, izvoare.

2. *Protecţia sanitară a bazinelor de apă.* Pentru a putea folosi apa din bazine ca surse de alimentare a comunităţilor urbane şi rurale cu apă de bună calitate pentru băut sau în scopuri de recreaţie, ea trebuie să corespundă cerinţelor standardelor respective. Este absolut important să se înainteze exigenţe stricte faţă de deversarea apelor reziduale în bazinele de apă în aşa mod încât să se asigure o calitate a apei, care ar putea fi folosită nelimitat?

3. *Protecţia sanitară a solului şi salubrizarea centrelor populate.* Este necesară prevenirea poluării solului cu substanţe chimice şi biologice în aşa mod încât să nu se modifice calitatea apelor freatice şi arteziene, stratului terestru al atmosferei, să nu se acumuleze substanţe dăunătoare în produsele vegetale şi prin mediile enumerate sau prin lanţul de nutriţie să nu exercite o acţiune nefavorabilă asupra condiţiilor de viaţă şi sănătăţii populaţiei. În acest compartiment se includ, de asemenea, cerinţele igienice faţă de salubrizarea centrelor populate pentru crearea condiţiilor sănătoase de trai.

4. *Igiena aerului atmosferic.* Pentru asigurarea sănătăţii populaţiei şi condiţiilor igienice de trai se efectuează supravegherea igienică a concentraţiilor de impurităţi ale aerului. Pentru prevenirea apariţiei în aerul zonei de trai a concentraţiilor de poluanţi ce depăşesc normativele igienice se elaborează cerinţe igienice faţă de amplasarea şi exploatarea obiectivelor economiei naţionale, ce pot servi ca surse de poluare a aerului atmosferic.

5. *Igiena factorilor fizici.* Este de o deosebită importanţă supravegherea nivelurilor de zgomot, vibraţie, câmp electromagnetic pentru a preveni acţiunea lor nefavorabilă asupra sănătăţii şi condiţiilor de trai ale populaţiei. Evident, în acest scop se elaborează măsuri şi normative igienice de combatere a factorilor fizici nefavorabili.

6. *Igiena locuinţelor, instituţiilor curativo-profilactice şi a clădirilor publice.* Se referă, în primul rând, la necesitatea respectării condiţiilor igienice optimale ale mediului interior din clădirile şi încăperile de trai şi publice destinate pentru om. În acest aspect au însemnătate condiţiile de amplasare a obiectelor de arhitectură şi planificare, a instalaţiilor inginereşti, a finisării şi organizării regimului de asigurare a condiţiilor igienice ale mediului interior din încăperi.

7. *Igiena sistematizării centrelor populate.* Se studiază condiţiile naturale şi climaterice şi se supraveghează procesul de sistematizare a comunităţilor în funcţie de aceste condiţii. Se argumentează din punct de vedere igienic măsurile urbanistice referitoare la folosirea factorilor naturali favorabili şi la slăbirea acţiunii nefavorabile posibile a unora din ei asupra sănătăţii populaţiei. Se elaborează cerinţele igienice faţă de urbanistică în legătură cu posibilitatea acţiunii nefavorabile a complexului de factori antropogeni ai mediului ambiant asupra condiţiilor de viaţă şi sănătăţii populaţiei.

Cele redate mai sus confirmă importanţa şi responsabilitatea sarcinii igienei mediului şi habitatului uman, legătura ei nemijlocită cu alte ramuri ale economiei naţionale şi gradul de dezvoltare a acesteia.

Pentru realizarea sarcinilor de bază ale igienei mediului şi habitatului uman medicul igienist în domeniul igienei mediului se conduce în activitatea sa de Legea

Parlamentului Republicii Moldova nr.1513-XII din 16.06.1993 privind asigurarea sanitaro-epidemiolgică a populaţiei (modificată şi completată prin Legea nr. 1448-XV din 08 noiembrie 2002); hotărârile Guvernului, ordinele Ministerului Sănătăţii, standardele de stat, regulamentele igienice, normele de construcţie şi alte documente oficiale.

Medicii igienişti în igiena mediului ca parte componentă a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat au dreptul:

- de a prezenta ministerelor, instituţiilor, întreprinderilor, organizaţiilor, persoanelor de răspundere şi unor cetăţeni cerinţe referitoare la efectuarea măsurilor sanitare şi antiepidemice, indicând termenele de îndeplinire a lor;
- de a trage concluzii referitoare la proiectele de sistematizare a localităţilor şi proiectele planurilor de perspectivă de amplasare a obiectivelor industriale, referitoare la alegerea terenului pentru construcţie, determinarea locurilor de captare a apei şi condiţiilor de deversare a apelor reziduale în bazinele acvatice şi de evacuare a poluanţilor în aerul atmosferic;
- de a efectua evaluarea igienică referitoare la corespunderea locuinţelor, clădirilor culturale şi de deservire, întreprinderilor industriale, altor întreprinderi şi instalaţii ce se dau în exploatare, regulamentelor şi normativelor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice în vigoare;
- de a interzice sau de a opri temporar exploatarea obiectivelor până la efectuarea măsurilor igienice şi antiepidemice;
- de a obliga institutele de cercetări ştiinţifice şi laboratoarele de profil sanitaro-epidemiologic, indiferent de apartenenţa lor, în cazurile necesare, să efectueze expertizele igienice;
- de a vizita liber obiectivele din sectoarele de supraveghere, prezentând legitimaţia stabilită.

Hotărârile şi concluziile organelor şi instituţiilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat al Ministerului Sănătăţii referitoare la problemele de competenţă sunt obligatorii pentru administraţia publică, funcţionarii organelor de stat, întreprinderilor, instituţiilor, organizaţiilor şi pentru unii cetăţeni.

Sarcina principală a medicului igienist în domeniul IMHU constă în efectuarea supravegherii igienice de stat asupra executării măsurilor de asanare a mediului, în profilaxia maladiilor condiţionate de influenţa nefavorabilă a factorilor fizici, chimici şi biologici ai mediului, asanarea condiţiilor sociale şi de odihnă ale populaţiei etc. Se efectuează **supravegherea igienică de stat preventivă şi curentă**.

Serviciul sanitaro-antiepidemic în domeniul IMHU are următoarele obligaţii:

1. La compartimentul supravegherii igienice preventive:

– evidenţa obiectivelor în construcţie şi reconstrucţie;

– participarea la alegerea sectoarelor de teren pentru construcţia obiectivelor, care pot fi surse de poluare a mediului;

– efectuarea supravegherii igienice în vederea respectării normativelor şi regulilor la proiectarea obiectivelor comunale şi celor care pot fi surse de poluare a mediului; expertiza şi avizarea proiectelor de construcţie şi reconstrucţie;

– alcătuirea avizelor de supraveghere igienică, prescripţiilor, proceselor-verbale de încălcări ale regulilor igienice şi antiepidemice, hotărârilor privind mersul construcţiei, corespunderea ei schiţelor de proiect, interzicerea construcţiei sau reconstrucţiei obiectivelor;

– expertiza igienică şi avizarea materialelor, instalaţiilor şi proceselor tehnologice noi;

– evidenţa lucrului în domeniul supravegherii igienice preventive conform formularelor aprobate, colectarea, selectarea şi analiza materialelor, perfectarea dărilor de seamă periodice;

– sintetizarea şi descrierea materialelor în domeniul supravegherii igienice preventive, la necesitate informarea beneficiarului, primăriilor, Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, Ministerului Sănătăţii, departamentelor corespunzătoare etc. despre problemele igienice în mersul construcţiei şi reconstrucţiei;

– pregătirea avizului pentru comisia de recepţionare în exploatare a obiectivului construit sau reconstruit şi a instalaţiilor aferente.

2. ***La compartimentul supravegherii igienice curente:***

– evidenţa obiectivelor supuse supravegherii igienice curente;

– alcătuirea graficului (planului) de vizitare şi avizare a obiectivelor de către medici şi asistenţii medicali, graficului de lucru al laboratoarelor;

– analiza corespunderii construcţiei şi regimului de exploatare a obiectivelor conform normativelor şi regulilor igienice şi antiepidemice în vigoare;

– controlul asupra instalaţiilor şi mijloacelor de protecţie colectivă şi individuală, respectării tuturor măsurilor de prevenire şi lichidare a poluării mediului, a zgomotului, vibraţiei, undelor electromagnetice şi a altor factori nocivi, care creează condiţii nefavorabile pentru activitate şi sănătatea populaţiei;

– aplicarea în supravegherea igienică a metodelor instrumentale şi de laborator în scopul evaluării igienice a stării obiectivelor şi evidenţierii influenţei lor asupra mediului şi sănătăţii populaţiei;

– studierea sistematică a stării sănătăţii populaţiei, a cauzelor morbidităţii;

– elaborarea planurilor de măsuri de asanare şi controlul periodic al îndeplinirii şi eficacităţii lor.

3. ***Lucrul organizator-metodic:***

– planificarea şi analiza lucrului medicilor igienişti, al asistenţilor şi laboranţilor în conformitate cu sarcinile serviciului sanitar de stat şi cu directivele existente;

– înregistrarea şi analiza lucrului efectuat în domeniul supravegherii igienice preventive şi curente;

– participarea la şedinţe, consfătuiri şi alte acţiuni organizatorice;

– lucrul de reciclare continuă în domeniul igienei mediului:

a) cu lucrătorii obiectivelor aflate sub supraveghere;
b) cu asistenţii medicali din Centrele de Medicină Preventivă, felcerii sanitari din sate şi orăşele;
c) cu inspectorii sanitari obşteşti;
d) cu şefii punctelor medicale;

– propagarea cunoştinţelor igienice în rândul lucrătorilor întreprinderii gospodăriei comunale şi populaţiei în întregime;

– aplicarea în viaţă a principiilor de organizare ştiinţifică a muncii, a metodelor şi formelor progresiste de lucru;

– participarea la lucrul societăţii igieniştilor, congreselor, conferinţelor ştiinţifice de profil etc.

La etapa contemporană are loc o reorientare a sarcinilor igienei mediului şi habitatului uman după principiile medicinei mediului răspândite în ţările europene şi alte ţări dezvoltate, în care se efectuează supravegherea sănătăţii populaţiei în relaţie cu factorii mediului care o determină. Prin urmare, sarcinile şi compartimentele enumerate rămân în vigoare, însă ele trebuie realizate reieşind din starea sănătăţii publice şi argumentate prin necesităţile acesteia.

Situaţia socio-economică şi sanitaro-epidemiologică caracteristică pentru ultimii ani a condus la sporirea rolului măsurilor profilactice, a activităţii de certificare igienică a produselor şi de autorizare sanitară atât a unităţilor economice în integritate, cât şi a proceselor tehnologice în particular. S-a format o cerinţă necondiţionată şi oportună de aderare a Republicii Moldova la diferite convenţii şi programe ale organismelor internaţionale şi interstatale. Acestea din urmă au impus necesitatea armonizării documentelor normative sanitaro-epidemiologice la legislaţia nouă a Republicii Moldova, la prevederile documentelor şi recomandărilor organismelor internaţionale.

Astăzi a devenit actuală efectuarea supravegherii indicilor de sănătate în relaţie cu factorii de mediu prin implementarea reală a monitoringului socio-igienic orientat spre desfăşurarea şi implementarea largă a principiului profilactic în sistemul de sănătate a ţării.

Monitoringul socio-igienic se prezintă ca sistem statal, vast şi complex de măsuri legislativ-organizatorice, medico-sociale şi ştiinţifico-tehnice, care are ca scop de a asigura supravegherea permanentă a stării sanitaro-epidemiologice a populaţiei şi calităţii mediului habitual, a analiza, a estima şi prognostica valorile indicilor ce le caracterizează, a determina interrelaţia de cauză-efect pentru elaborarea măsurilor orientate spre prevenirea, eliminarea sau reducerea impactului factorilor nocivi de mediu asupra sănătăţii, administrarea datelor (colectate şi investigate), elaborarea prognosticului şi estimarea efectului medico-social şi economic al activităţilor profilactice întreprinse de stat.

Majoritatea factorilor care determină starea sănătăţii populaţiei în mare măsură depăşesc competenţa sistemului ocrotirii sănătăţii şi necesită o implicare largă a diferitor ministere şi departamente.

Sarcina de integrare a eforturilor multisectorale a societăţii în ameliorarea sănătăţii umane se înscrie ca direcţie prioritară în activitatea fiecărui minister, departament, fiecărei instituţii şi organizaţie a statului indiferent de nivelul ierarhic, iar organizarea şi coordonarea realizării acestei sarcini este pusă pe seama sistemului de sănătate a ţării. Aceste sarcini pot fi specificate şi perfecţionate permanent prin comisiile interministeriale de coordonare a problemelor (de pe lângă Guvern) şi prin elaborarea şi realizarea diferitor programe, planuri, proiecte naţionale şi internaţionale. Drept exemplu este Planul Naţional de Acţiuni pentru Sănătate în relaţie cu Mediul.

Igiena alimentaţiei este un domeniu care asigură supravegherea legislaţiei sanitare privind produsele alimentare, a normelor şi regulilor sanitare privind igiena şi inofensivitatea produselor alimentare pe tot lanţul alimentar „de la fermă la furculiţă", promovează şi implementează strategii, planuri de măsuri, programe naţionale în domeniul reducerii riscului toxiinfecţiilor alimentare şi a altor boli condiţionate de factorul alimentar, a bolilor şi tulburărilor de nutriţie.

Igiena muncii studiază acțiunea procesului de muncă şi a factorilor mediului ocupațional asupra organismului uman cu scopul de a elabora cerințe şi normative igienice, măsuri sanitaro-antiepidemice şi curativ-profilactice axate spre crearea condițiilor optime de muncă, menținerea şi promovarea sănătății muncitorilor. Probleme de actualitate a igienei muncii: normarea igienică a diferitor factori chimici, fizici, biologici, fiziologici, psiho-emoționali şi a procesului de muncă în combinare şi îmbinare cu estimarea acțiunii lor în mediul ocupațional şi înconjurător; studierea influenței procesului de muncă asupra organismului uman şi a unor funcții; depistarea schimbărilor fiziologice şi psiho-emoționale care au loc în organism sub influența muncii fizice şi mintale; raționalizarea organizării muncii, odihnei, regimului optimal de muncă şi odihnă; elaborarea cerințelor şi normelor igienice care ar contribui la raționalizarea proceselor tehnologic şi de muncă, confecționarea şi folosirea maşinilor, utilajului şi instalațiilor de calitate şi inofensive; prezentarea administrației întreprinderilor a propunerilor sanitaro-tehnice ce au ca scop mecanizarea, automatizarea, ermetizarea proceselor tehnologice şi de muncă, montarea sistemelor de ventilare aspirație-refulare pentru crearea condițiilor sanogene de muncă; contribuirea la crearea condițiilor optimale, inofensive şi confortabile de muncă ce le-ar păstra sănătatea muncitorilor şi le-ar ridica productivitatea muncii; profilaxia traumatismului şi neadmiterea accidentelor de muncă; diminuarea morbidității generale, cu incapacitate temporară de muncă, bolilor şi otrăvirilor profesionale; elaborarea şi implementarea măsurilor de igienă profesională la efectuarea lucrărilor cu substanțe toxice; controlul asupra efectuării calitative a examenelor medicale profilactice la angajare şi periodice a muncitorilor supuşi acțiunii factorilor nocivi şi nefavorabili din mediul de producere; contribuții la angajarea în muncă (din punctul de vedere al igienei şi securității muncii) a femeilor gravide, adolescenților, persoanelor cu boli cronice etc. De asemenea, Igiena Muncii asigură:

1. Studierea acțiunii factorilor de risc profesional din mediul de producere asupra organismului muncitorilor. Studierea condițiilor igienice de muncă, poluarea aerului din zona de muncă cu praf, gaze, vapori, aerosoli, acțiunea factorilor meteorologici, microclimaterici, zgomotului, vibrației, câmpului electromagnetic, infra-ultrasunetului etc.
2. Studierea schimbărilor fiziologice şi patologice care au loc în organismul uman în procesul de muncă, monitorizarea stării sănătății muncitorilor (morbiditatea generală, profesională şi cu incapacitate temporară de muncă, traumatismul etc.), plenitudinea acoperirii cu examene medicale la angajare şi periodice a angajaților supuşi acțiunii factorilor nocivi din mediul ocupațional.
3. Evaluarea stării sanitaro-tehnice şi eficacității igienice a instalațiilor şi sistemelor de ventilare, încălzire, iluminare, aprovizionare cu apă potabilă, canalizare etc.

Igiena copiilor şi adolescenților este un domeniu care asigură supravegherea legislației sanitare privind condițiile mediului de instruire, educație, odihnă şi promovare a modului sănătos de viață al copiilor şi adolescenților, monitorizează starea de sănătate a lor şi factorii ce o determină, dezvoltarea lor fizică, promovează şi implementează strategii, programe naționale, planuri de măsuri în scopul asigurării condițiilor optime de viață şi sănătate a generației tinere.

23.7. EVALUAREA STĂRII SANITARO-EPIDEMIOLOGICE ÎN TERITORIU ŞI A ACTIVITĂŢII CENTRULUI DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ

Orice sistem, serviciu sau organizaţie instituite de societate deţin o misie orientată spre satisfacerea aşteptărilor celora care le-au fondat. Misia Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat exprimă aşteptările societăţii (aşteptări ale diferitor grupuri sociale, profesionale sau nonguvernamentale, a cetăţenilor, a organelor de administrare publică a statului) în asigurarea securităţii sanitaro-epidemiologice şi de îmbunătăţire a indicatorilor de sănătate a populaţiei prin activităţi de supraveghere, prevenire şi profilaxie a maladiilor. Activităţile întreprinse în acest sens de către sistemul de sănătate Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de stat necesită a fi racordate la cerinţele teoriei manageriale contemporane, care prevede aplicarea succesivă a etapelor de dirijare (management) orientate spre obţinerea efectului scontat. Progresul în realizarea misiei Serviciului este indispensabil de capacităţile analitice (sau de evaluare) ale acestuia, capacităţi care prezintă dovezi pentru luarea deciziilor argumentate. La baza oricărui proces decizional este plasată informaţia despre starea fenomenelor tutelate, fenomene (stări) ale căror caracteristici sunt exprimate în valori absolute sau relative (şi nu numai), iar gradul interpretării analitice a acestora determină calitatea şi credibilitatea informativă a rezultatelor – bază pentru luarea deciziilor.

23.8. INFORMAŢIA MEDICALĂ ŞI TEHNOLOGIILE INFORMAŢIONALE ÎN PROCESUL ANALITIC

Trecerea sistemului de sănătate, inclusiv a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de stat, la activităţi funcţionale bazate pe forme şi metode intensive, raţionale şi cost-eficiente n-a diminuat necesitatea în informaţie, ci din contră, rolul acesteia a crescut semnificativ. La etapa actuală, pentru dirijarea serviciului şi luarea deciziilor, nu se mai acceptă aplicarea elementului empiric. În acest context, componenta medicinei bazate pe dovezi este argumentul de bază al funcţiei de luare a deciziilor. Astfel, necesitatea de aplicare a argumentelor multidisciplinare şi plurifactoriale în luarea deciziilor devine „piatra de temelie" a managementului contemporan, produsul final al căruia trebuie să satisfacă aşteptările sociale. În consecinţă, cerinţele către fluxul informaţional, volumul şi calitatea acestuia trebuie racordate la unele exigenţe, care includ:

- reprezentativitatea informaţiei, care este legată de corectitudinea selectării şi formării acesteia, în scopul redării obiective a caracteristicilor, proprietăţilor obiectului;
- plenitudinea informaţiei, care presupune existenta setului minim de caracteristici suficiente pentru adoptarea deciziei;
- sensibilitatea informaţiei sau posibilitatea datelor de a depista acele fenomene pentru care sunt destinate;
- oportunitatea informaţiei, prin care se înţelege prezentarea datelor la momentul oportun pentru adoptarea deciziilor;
- fezabilitatea informaţiei sau care este realizabilă în colectare, stocare şi analiză;
- veridicitatea informaţiei sau care este autentică, corespunde realităţii etc.

Informaţiile masive contemporane de date, care sunt acumulate în Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de stat, sunt imposibil de a fi analizate manual. De aceea, în ajutorul specialiştilor vine tehnica modernă de calcul, tehnologiile informaţionale şi comunicative, apte pentru acumularea, stocarea şi analiza datelor, iar în baza SOFT-urilor aplicative (special elaborate) – capabile de a propune variante de opţiuni pentru luarea deciziilor. Acestea din urmă presupun o cunoaştere bună a tehnicii de calcul din partea medicilor, deţinerea capacităţilor de a pune problema faţă de specialiştii în domeniul elaborării SOFT-urilor (inginerii programatori).

Modificarea structurii indicatorilor de sănătate, inclusiv a structurii incidenţei şi prevalenţei patologiilor din ultimii 20-25 ani, ca rezultat al fenomenelor socio-economice, medico-demografice ş.a., intervenite în societate, plasează astăzi în prim plan – ca problemă de sănătate publică – maladiile de geneză neinfecţioasă. Astfel, cauza declanşării şi manifestării acestora este complexul de factori identificarea şi cuantificarea cărora este posibilă doar prin aplicarea argumentată a metodelor matematice de analiză.

23.9. DOCUMENTAŢIA STATISTICĂ MEDICALĂ A SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT

Actualmente în fluxul informaţional al Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de stat al ţării sunt folosite sumar cca 150 de formulare statistice de evidenţă medicală primară, rapoarte statistice şi dări de seamă. Toată documentaţia informaţională a Serviciului poate fi divizată în 4 mari grupe:

a) statistico-medicală (medico-demografică; a stării de sănătate; stării sanitaro-epidemiologice; de asigurare cu servicii medico-sanitare; a stării funcţionale şi de activitate a instituţiilor sistemului; asigurare, pregătire, amplasare şi perfecţionare a personalului profesional);
b) economico-financiară a sistemului;
c) de asigurare tehnico-medicală; cu medicamente, diagnostice şi reactive;
d) documentaţie ştiinţifico-medicală, elaborată şi utilizată conform programelor şi planurilor de cercetare etc.

Documentaţia statistică din medicina preventivă mai poate fi divizată în dependenţă de profilul unităţilor funcţionale – documentaţie pentru activităţile de laborator (sanitaro-igienic, microbiologic, radiologic etc.) şi al structurilor operative (de igienă şi epidemiologie). De regulă, documentaţia statistică este expusă în formă de fişe, blanchete, formulare, registre, bonuri ş.a., toate din ele sunt oficial aprobate prin ordinul Ministerului Sănătăţii, deţinând un număr de înregistrare în reestrul documentaţiei statistice medicale. Concomitent trebuie de ştiut, că preponderent documentaţia statistică medicală se completează la niveluri primare (în structuri şi instituţii), apoi prin intermediul rapoartelor sumare se prezintă organelor centrale sau instituţiilor de nivel superior, unde are loc procesul de generalizare a informaţiei pe întreg Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de stat (în cazul SSES – la nivelul CNŞPMP). Însă există informaţii statistice care sunt colectate direct la nivelul superior.

De asemenea, trebuie de menţionat, că unele tipuri de documente statistice medicale sunt utilizate de diferite structuri ale sistemului de sănătate sau sunt alcătuite

de către serviciul de Asistență Medicală Primară (AMP), apoi transmise instituțiilor din SSES pentru evidență şi activități funcționale de rigoare. Astfel, *Fişa de declarare urgentă despre depistarea bolilor infecțioase, intoxicațiilor şi toxiinfecțiilor alimentare şi profesionale acute, despre reacții adverse la administrarea preparatelor imunobiologice (formularul nr. 058/e)* este completată de către medicul care stabileşte diagnosticul sau de lucrătorul medical (în lipsa medicului) care suspectă boala infecțioasă, expediind ulterior documentul la Centrul de Medicină Preventivă (CMP) teritorial pentru demararea activităților specifice, inclusiv pentru colectarea şi analiza datelor la acest capitol pe teritoriul respectiv. Analogic se procedează şi cu unele fişe de îndreptare pentru investigațiile microbiologice de laborator etc. Din cuantumul documentelor statistice medicale ale SSES pot fi nominalizate:

- fişa medicală a bolnavului de ambulatoriu – formularul nr. 025/e;
- registrul de evidență a bolilor infecțioase – formularul nr. 060/e;
- registrul de evidență a probelor şi eliberarea rezultatelor investigărilor – formularul nr. 300/e;
- registrul de evidență a rezultatelor examinării apelor de suprafață şi apelor reziduale – formularul nr. 324/e;
- procesul-verbal de măsurare a zgomotului şi vibrației – formularul nr. 334/e;
- fişa de anchetă epidemiologică a focarului de boală infecțioasă – formularul nr. 357/e;
- fişa de anchetă epidemiologică a focarului cu infecția HIV/SIDA – formularul nr. 357-1/e;
- registrul de evidență a investigațiilor microbiologice la intoxicații alimentare – formularul nr. 370/e;
- registrul de evidență a investigațiilor sanitaro-helmintologice – formularul nr. 379/e;
- registrul investigațiilor microbiologice ale aerului – formularul nr. 380/e;
- registrul de înregistrare a investigațiilor microbiologice la meningococi şi alți agenți patogeni ai meningitei – formularul nr. 397-1/e;
- darea de seamă privind starea sanitaro-epidemiologică în raion, municipiu – formularul nr.18-san;
- raportul statistic (lunar, anual) privind bolile infecțioase şi parazitare – formularul nr.2;
- şi alte documente de evidență medicală primară şi de dare de seamă din SSES.

În marea lor majoritate, astăzi, datele incluse în fişele de evidență medicală primară şi generalizarea lor în rapoarte de dare de seamă continuă a fi alcătuite manual. Pentru SSES, începând cu anul 1995 unele formulare statistice de dare de seamă au fost trecute pentru gestionare în varianta electronică, atât pentru evidență şi stocare, cât şi pentru analiză şi transmitere prin poşta electronică, fapt ce a sporit esențial funcționalitatea structurilor şi capacitatea de analiză a lor. Însă, din anumite motive obiective şi subiective, procesul de trecere completă a sectorului statistic la noi tehnologii informaționale este încă la un nivel foarte scăzut. La acest capitol, actualmente, se cere de a intensifica activitatea de asigurare a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de stat cu noi tehnologii informaționale, de fortificare a potențialului intelectual şi a capacităților tehnico-materiale.

Trebuie de subliniat faptul, că documentaţia medicală, după caracterul său, este în fond clasată ca documentaţie pentru uz de serviciu. Ea trebuie să fie accesibilă doar pentru personalul medical, care deţine capacităţile profesionale şi intelectuale pentru analiza şi interpretarea acesteia.

23.10. INDICATORI DE EVALUARE A ACTIVITĂŢII SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC

Evaluării sunt supuşi în egală măsură, atât indicatorii ce determină nivelul sănătăţii populaţiei, cât şi cei despre starea sanitaro-epidemiologică, precum şi indicatorii privind acţiunile întreprinse de sistemul de sănătate. Astfel, reieşind din acest postulat metodologic, evaluarea diferă prin indicatorii care sunt calculaţi în dependenţă de subiect. Pot fi indicatori de proces sau indicatori de rezultat. Indicatorii de proces estimează din punct de vedere cantitativ şi calitativ volumul şi eficacitatea acţiunilor întreprinse de către specialist sau structură, instituţie (ex.: număr de probe cercetate, focare epidemice investigate, număr de obiective cercetate, unele din ele stabilite cu abateri de la cerinţele legislaţiei în vigoare etc.), în timp ce indicatorii de rezultat vor estima situaţia, fenomenul, starea subiectului în perioada de referinţă, inclusiv starea de sănătate (ex.: nivelul morbidităţii, starea demografică etc.).

Evaluarea stării sanitaro-epidemiologice a teritoriului administrativ include două componente: a) starea de sănătate a populaţiei; b) starea factorilor mediului (mediul constituit din factorii biologici, chimici, fizici, sociali, economici, psihici; factori de trai, ocupaţionali, de instruire şi educaţie, de alimentaţie etc.). Indicatorii ambelor componente sunt estimaţi ca indicatori de rezultat.

La rândul ei, starea sanitaro-epidemiologică, pe lângă factorii sus-menţionaţi, este determinată şi de activitatea instituţiilor sistemului de sănătate, inclusiv a centrelor de medicină preventivă – ca exponenţi ai Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de stat. Analiza activităţii acestor instituţii este evaluată prin indicatori cantitativi şi calitativi sau cum am menţionat mai sus – prin indicatori numiţi de proces.

Astfel, starea sanitaro-epidemiologică ca o componentă a sănătăţii publice este estimată printr-un complex de indicatori, conţinutul managerial al cărora contribuie direct şi indirect la luarea deciziilor, la argumentarea propunerilor bazate pe dovezi, propuneri de ameliorare a condiţiilor mediului de viaţă, de eliminare sau diminuare a influenţei factorilor de risc pentru sănătatea umană, propuneri şi recomandări pentru politicile de sănătate, propuneri pentru planurile naţionale de acţiuni în anumite domenii etc.

Ca sursă de informaţie pentru evaluarea stării sanitaro-epidemiologice servesc datele din formularele statistice (oficiale) de evidenţă medicală primară şi rapoartele statistice (care deţin o frecvenţă de prezentare: lunară, trimestrială, semestrială şi anuală). Acestea din urmă sunt gestionate atât de instituţiile de medicină preventivă – CMP – centrele de medicină preventivă teritoriale, cât şi de Instituţiile Medico-Sanitare Publice (ISMP, cu reţeaua respectivă: CMF – centrele medicilor de familie; OMF – oficiile medicului de familie; CS – centrele de sănătate, dar şi de SR – spitalele raionale, municipale, republicane, SCR – spitalul clinic republican; Institute de Cercetări Ştiinţifice pe profiluri etc.).

23.10.1. METODE DE ANALIZĂ A INDICATORILOR SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT

Indicatori ai stării de sănătate a populației:

În Medicina Preventivă indicii de sănătate a populației sunt evaluați sub aspectul identificării legăturii dintre factorii de mediu, care dețin un impact negativ asupra sănătății populației, cuantificării acestui impact, și elaborarea măsurilor de eliminare, diminuare sau profilaxie a influenței factorilor asupra sănătății umane. În continuare vom prezenta unii indicatori semnificativi și metoda (procedeul) de calculare a lor.

Natalitatea. Rata natalității:

Numărul de nașteri la 1 000 de locuitori ai teritoriului administrativ sau raportul dintre numărul de copii născuți vii și numărul populației din teritoriul de referință la 1 000 de locuitori ai acestui teritoriu.

Dinamica pozitivă: creșterea indicelui de natalitate față de perioada precedentă.

Mortalitatea. Rata mortalității (generale și infantile):

Numărul de decese la 1 000 de locuitori ai teritoriului administrativ sau raportul dintre numărul de decese în populație și numărul total al populației din teritoriul de referință la 1 000 de locuitori ai acestui teritoriu.

Rata mortalității infantile – raportul dintre numărul deceselor la copii până la 1 an (11 luni și 29 de zile) către numărul total de copii până la 1 an / la 1 000 de copii născuți vii.

Dinamica pozitivă: diminuarea indicelui de mortalitate față de perioada precedentă.

Rata mortalității infantile după formula lui Rats:

Numărul cauzelor de decese înregistrate la copii născuți vii în vârstă 0-12 luni (11 luni 29 de zile) în perioada de raportare către 2/3 născuți vii în anul curent + 1/3 născuți vii în anul precedent.

Sporul natural.

Reprezintă diferența dintre numărul de născuți și numărul decedaților la 1 000 de locuitori ai teritoriului de referință.

Dinamica pozitivă: creșterea indicatorului față de perioada precedentă sau prevalarea cazurilor de nașteri (copii vii născuți) către numărul de decese la 1 000 de locuitori comparativ cu perioada precedentă.

Durata medie a vieții:

Reprezintă numărul de ani pe care-i vor trăi în medie cei născuți în perioada respectivă, dacă în decursul vieții lor nivelul mortalității la fiecare vârstă va rămâne același, cum a fost în anul nașterii. ***Se calculează de către organele de statistică a țării.***

Dinamica pozitivă: creșterea indicatorului duratei medii a vieții față de perioada precedentă.

Morbiditatea: Rata morbidității (incidența, prevalența):

Rata incidenței – exprimă frecvența de înregistrare a cazurilor noi de boală (sau boli) într-o perioadă de timp strict determinată, la 1 000 populație (‰). Prin urmare, reprezintă raportul fenomenelor (cazurilor) noi (primar înregistrate) de boală către numărul total al populației teritoriului administrativ estimat la 1 000 de locuitori. Prin prisma anumitor entități sau clase de boli, indicele se estimează la

100 mii de locuitori; la fel – la 100 mii de locuitori se estimează pentru grupele de vârstă (copii, adolescenţi şi maturi).

Rata prevalenței – exprimă frecvenţa de înregistrare a cazurilor noi şi cazuri „vechi” sau cazurilor din anii precedenţi, dar acutizate şi înregistrate din nou în anul de referință la 1 000 de locuitori (‰). Calcularea reprezintă raportul sumei fenomenelor (cazurilor) de boli acute şi cronice înregistrate în anul de referință către numărul total al populației teritoriului administrativ estimat la 1 000 de locuitori. Prin prisma anumitor entități sau clase de boli indicele se estimează la 100 mii de locuitori; la fel – la 100 mii de locuitori se estimează pentru grupele de vârstă (copii, adolescenţi şi maturi).

Dinamica pozitivă: diminuarea indicatorilor față de perioada precedentă.

Incidența prin otrăviri (intoxicații) alimentare:

Numărul cazurilor înregistrate de otrăviri (intoxicaţii) alimentare în perioada de raportare către numărul total al populației la 100 mii de locuitori.

Dinamica pozitivă: diminuarea indicatorului față de perioada precedentă.

Analogic se estimează pentru maladiile de origine infecțioasă.

Ponderea devierilor în dezvoltarea fizică a copiilor:

Reprezintă ponderea copiilor cu devieri de la standardul de dezvoltare fizică față de numărul copiilor examinați, exprimat în %.

Indicele de sănătate la copii şi adolescenţi:

Reprezintă ponderea copiilor şi adolescenților complet sănătoşi în mediul populațional de vârsta 0-17 ani (17 ani 11 luni şi 29 de zile), înregistrați în perioada de raportare (exprimat în %). Este un indicator al proporţiei celor sănătoşi (care n-au făcut boală în perioada de referință) raportat la numărul total de copii, exprimat în %.

Dinamica pozitivă: creşterea indicelui față de perioada precedentă.

Morbiditatea cu incapacitatea temporară de muncă (ITM) sau rata incapacității temporare de muncă pe motiv de boală. În acest caz se estimează câțiva indicatori:

a) *Numărul de cazuri de boală cu ITM* la 100 de lucrători sau numărul de cazuri de boală cu ITM raportate la numărul total de lucrători la întreprindere, organizație, instituție la 100 de lucrători.
b) *Numărul de zile de boală cu ITM* la 100 de lucrători.
c) *Durata unui caz de boală cu ITM (exprimat în zile).* Este numărul total de zile de boală cu ITM raportat la numărul total de cazuri de boală cu ITM.

Morbiditatea profesională: reprezintă numărul de persoane (lucrători) la care primar au fost stabilite cazuri de maladii profesionale, exprimate la 10 mii de lucrători sau raportul sumei cazurilor de maladii profesionale primar înregistrate către numărul mediu anual de lucrători exprimat la 10 mii de lucrători.

Invaliditatea profesională: este raportul sumei cazurilor de invalizi pe motiv de boală profesională, primar înregistrate către numărul mediu anual de lucrători exprimat la 10 mii de lucrători.

În teritoriul administrativ poate fi evaluată *invaliditatea generală,* care reprezintă frecvenţa cazurilor de invaliditate înregistrate în mediul populațional (pe motiv de orice boli sau traumatisme) la 10 mii de locuitori.

Dinamica pozitivă: diminuarea indicatorilor față de perioada precedentă.

23.10.2. STAREA SANITARO-EPIDEMIOLOGICĂ A OBIECTIVELOR SEMNIFICATIVE

Indicatori ai stării sanitaro-epidemiologice:

Evaluarea stării sanitaro-epidemiologice în Serviciul SES se efectuează în dependență de profilul obiectivelor, şi anume:

- obiective pentru copii şi adolescenți;
- obiective de alimentație (publică, industrie alimentară, comerț);
- obiective de mediu şi habitat uman, agrement;
- obiective de producere (agricole, industriale).

Ordinea de evaluare a obiectivelor se efectuează conform criteriilor calitative de corespundere a stării lor sanitaro-epidemiologice, respectiv:

- stare satisfăcătoare sau obiective de grupul I, la care starea sanitaro-igienică corespunde regulilor şi normelor sanitare în vigoare, la acestea nu se constată sporiri ale CMA sau ale NMA, conform rezultatelor cercetărilor de laborator sau instrumentale;
- stare nesatisfăcătoare, sau obiective de grupul II, la care starea sanitaro-igienică nu corespunde regulilor şi normelor sanitare în vigoare, însă nu se constată sporiri ale CMA sau ale NMA, conform rezultatelor cercetărilor de laborator sau instrumentale;
- stare sanitaro-epidemiologică critică sau obiective de grupul II, la care starea sanitaro-igienică nu corespunde regulilor şi normelor sanitare în vigoare, se constată sporiri ale CMA şi ale NMA, conform rezultatelor cercetărilor de laborator sau instrumentale; se înregistrează cazuri de maladii profesionale, infecțioase şi intoxicații (otrăviri) alimentare; sunt aplicate măsuri de constrângere administrativă ş.a.

Indicatorii se calculează la profilul obiectivelor sus-menționate în %, respectiv formulelor:

a) $$\frac{\text{Nr. obiective (pe fiecare din grupele sanitaro-igienice)}}{\text{Nr. total de obiective supuse supravegherii}} \times 100$$

b) $$\frac{\text{Nr. probe investigate (pe grupele de obiective) care nu corespund normelor}}{\text{Nr. total de probe investigate}} \times 100$$

Indicatori de activitate operativă:

a) $$\frac{\text{Nr. cazuri de boală (intoxicații) cercetate si cauza stabilită}}{\text{Nr. total cazuri de boală (intoxicații) de acest tip}} \times 100$$

b) $$\frac{\text{Nr. cazuri de boală (intoxicații) cercetate si cauza stabilită}}{\text{Nr. total de cercetări ale cazurilor de boală (intoxicații)}} \times 100$$

c) $$\frac{\text{Nr. obiective (în constructie si reconstructie) supravegheate}}{\text{Nr. total de obiective în construcție şi reconstrucție}} \times 100$$

d) $$\frac{\text{Nr. obiective în functiune supravegheate în per. de referintă}}{\text{Nr. total de obiective în funcțiune care urmau a fi supravegheate după plan}} \times 100$$

e) $$\frac{\text{Nr. angajati cuprinsi cu examene medicale profilactice}}{\text{Nr. total de angajați care urmau să fie cuprinşi cu examene medicale profilactice}} \times 100$$

f) $$\frac{\text{Nr. populației cuprinse cu vaccinare profilactică (decretați)}}{\text{Nr. populație care urma să fie cuprinsă cu vaccinare profilactică (din cei decretați)}} \times 100$$

Ca criterii: numărul de erupții în teritoriu sau lipsa erupțiilor; diminuarea erupțiilor; focare cuprinse cu dezinfecție profilactică; % de identificare a microflorei patogene în focarele epidemice după dezinfecție, inclusiv cea finală ş.a.

g) $$\frac{\text{Nr. măsurilor de constrângere administrativă aplicate}}{\text{Nr. de încălcare a legislației sanitaro-epidemiologice}} \times 100$$

h) $$\frac{\text{Nr. amenzilor încasate (total sau conform articolelor)}}{\text{Nr. total de amenzi aplicate (total sau conform articolelor)}} \times 100$$

i) $$\frac{\text{Nr. obiectivelor funcționarea cărora a fost suspendată}}{\text{Nr. total de obiective identificate de grupa a III}} \times 100$$

Pentru instituțiile de copii şi adolescenți unul din indicatorii principali se consideră calcularea indicatorilor ce caracterizează sănătatea acestora, estimându-se ratele incidenței, prevalenței, structurii pe grupe de clase şi maladii, invaliditatea etc. De asemenea, pentru instituțiile de copii şi adolescenți se calculează indicii de distribuție a copiilor conform nivelului de sănătate (în %), respectiv se consideră ca normative instituțiile în care cota parte a copiilor, adolescenților se încadrează, respectiv:

- prima categorie (grupă) de sănătate = 65-80%;
- a II-a categorie (grupă) de sănătate = 15-35%;
- a III-a categorie (grupă) de sănătate = 0-5%.

j) $$\frac{\text{Nr. persoane, atribuite la una din categoriile de sănătate}}{\text{Nr. total de copii (în teritoriu)}} \times 100$$

k) $$\frac{\text{Nr. obiective (I, II, III diferențiat) identificate în perioada de ref.}}{\text{Nr. total de obiective (instituții)}} \times 100$$

Starea igienică şi epidemiologică a factorilor de mediu (aerul atmosferic, aerul mediului închis (sau de muncă), apa de băut, bazinele deschise de apă, solul, mediul ocupațional, mediul de instruire şi educație etc.):

Estimat prin indice de proporție a numărului probelor (mostrelor, măsurărilor instrumentale) care nu corespund cerințelor sanitaro-epidemiologice către numărul total de probe (de mostre, măsurători instrumentale) din mediul respectiv estimate la 100 (în %).

Sau caracteristica igienică a factorilor de mediu:

Indicele (rata) poluării aerului atmosferic: Numărul probelor de aer înregistrate cu depăşiri ale concentrației maxime admisibile (CMA) la poluanți (sumar) față de numărul total de probe cercetate (în %).

Dinamica pozitivă a indicatorului: diminuarea indicelui procentual (%) de probe care nu corespund cerințelor sanitaro-epidemiologice față de perioada precedentă în teritoriul administrativ (sau pe țară).

Estimarea indicilor care caracterizează calitatea factorilor de mediu, doar pentru stabilirea respectării sau nerespectării cerințelor igienice este o activitate „nefi-

nisată" din punct de vedere profesional. Este principial de a estima starea de sănătate a populației în raport cu aceste necorespunderi sau care este impactul şi riscul factorilor de mediu pentru sănătatea populației. La etapa actuală, această sarcină conceptuală a dezvoltării Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de stat, a devenit o direcție strategică de primă prioritate pentru sănătatea publică. Anume prin prisma acestei direcții prioritare Guvernul Republicii Moldova a adoptat Hotărârea nr.717 din 07.06.2001 „Despre aprobarea Concepției organizării si funcționarii Monitoringului socio-igienic în Republica Moldova şi Regulamentului privind Monitoringul socio-igienic în Republica Moldova" scopul cărora este stabilirea legăturii de cauză-efect între indicii de sănătate a populației şi factorii de mediu.

Un rol important în acest aspect îi revine procedeului metodic de evaluare a riscului – indice care ne indică de câte ori e mai mare rata bolnavilor în rândul celor expuşi factorului de risc (sau nociv) față de rata bolnavilor în rândul persoanelor neexpuse riscului. Astfel, printr-un exemplu concret preluat din datele obținute în cadrul monitoringului socio-igienic, vom estima riscul pentru sănătatea populației (dintr-un teritoriu) în raport cu calitatea apei potabile (mai exact - apa din sursele descentralizate – fântâni de mină, care nu corespunde cerințelor sanitaro-epidemiologice, conform indicatorilor chimici şi microbiologici). Ca exemplu, pentru calcule au fost selectate datele prezentate de către CMP a mun. Bălți (a.2005). Evaluarea riscului s-a efectuat prin metoda tradițională, folosind etapele de calcul ale indicilor din tabelul „de contingență 2X2".

Din datele prezentate s-a stabilit:

- Populația, care foloseşte (expusă) apa din sursele descentralizate (apa care nu corespunde cerințelor sanitaro-epidemiologice din fântânile de mină), a constituit 6 906 persoane.
- La ei s-au înregistrat pe parcursul perioadei de referință patologii ale organelor sistemului gastrointestinal la 4 548 de persoane.
- Din cei expuşi n-au făcut boală – 2 358 de persoane.
- Populația municipiului (neexpusă), care se alimenta cu apa din sursele centralizate, a constituit 140 194 de persoane.
- La aceştia prezența patologiei organelor gastrointestinale s-a înregistrat la 1 821 de persoane.
- Din ei n-au făcut boală în perioada de referință 138 373 de persoane.

Trebuie de confirmat că apa din surse descentralizate ale mun. Bălți este un factor de risc pentru sănătatea populației. Mai jos sunt prezentate etapele schemei desenului de cercetare şi a indicilor calculați.

Estimarea riscului de îmbolnăvire prin boli gastrointestinale a populației care se alimentează cu apă potabilă ai cărei parametri sanitaro-epidemiologici nu corespund cerințelor:

Etapa I: Calculăm rata Incidenței (frecvența) răspândirii fenomenului de boală în ambele colectivități şi obținem respectiv: 658,6‰; 13‰ şi total 50,7‰;

Etapa II: Calculăm Riscul expunerii = a/(a+b) şi riscul neexpunerii = c/(c+d), unde (a/a+b) = P_1, iar (c/c+d) = P_0;

(4548/4548+2358) = 0,659 = P_1 sau 65,9%;

şi (1821/1821+138373) = 0,013 = P_0 sau 1,32%.

Etapa a III-a: Calculăm Riscul relativ, care reprezintă proporția riscurilor:

Rr = (a/(a+b)/(c/(c+d);

Rr = (4548/4548+2358)/(1821/1821+138373)=50,701.

Etapa a IV-a: Calculăm proporția riscurilor (Odds ratio) OR= (a/b)/(c/d) = 146,56, pentru populația expusă riscului şi cea neexpusă riscului, de fapt care ne indică de câte ori este mai mare numărul absolut al bolnavilor în cohorta celor expuşi riscului (adică, care se alimentează cu apă ce nu corespunde cerințelor sanitaro-epidemiologice) față de bolnavii fără risc (sau care se alimentează cu apa din sursa alternativă).

Astfel, riscul de a face o boală a tractului digestiv in condițiile alimentării cu apa de băut din surse descentralizate (pentru mun. Bălți) este de 50,7 ori mai mare decât la populația care se alimentează din surse centralizate de apă potabilă.

Etapa a V-a: Calculăm Riscul Atribuibil (RA), care indică cu cât este mai mare riscul de a face o boală a sistemului gastrointestinal la persoanele expuse factorului de apă din surse descentralizate față de populația neexpusă; RA = R(exp.)-R(neexp.)=0,646 sau 64,6%, luând în considerare formula de interpretare a rezultatelor obținute, precum:

RR	**RA**	**Concluzia**
RR>1	RA>0	Factor de risc;
RR=1	RA=0	Factor indiferent;
RR<1	RA<0	sau Factor de protecție.

Fracțiunea (proporția, ponderea) **atribuibilă Factorului de Risc** = RR – 1 reprezinta: Rexp – Rnexp/Rexp = (a/a+b) – (c/c+d) / (a/a+b) sau (0,659 – 0,013)/ 0,659 = 0,981 sau în % = **98,1% – se autentifică ca factor de risc;** iar fracțiunea (proporția, ponderea) **atribuibilă Factorului de Risc pentru întreaga populație** este prezentată prin formula:

Rp-Rneexpusi/ Rp × 100

unde Rp – este incidența bolii în populație.

Obținem: (0,0433 – 0.013)/0,0433 × 100= **69,6%.**

În concluzie:

În baza rezultatelor obținute se poate afirma, că apa potabilă din sursele descentralizate, din care se alimentează populația municipiului Bălți, **este un factor de risc** major care compromite starea de sănătate a populației, contribuind la dezvoltarea (apariția) maladiilor sistemului digestiv, incidența cărora pentru populația expusă factorului de risc atinge valoarea de 658,6‰, comparativ cu incidența (13‰) la populația care se alimentează cu apă, din surse centralizate de aprovizionare.

23.11. DREPTURILE ŞI OBLIGAȚIILE ORGANELOR ŞI INSTITUȚIILOR SERVICIULUI SANITARO-EPIDEMIOLOGIC DE STAT

Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de Stat reprezintă un sistem unic de organe şi instituții de reglementare a supravegherii, monitorizării şi expertizei sanitaro-epidemiologice, condus de Ministerul Sănătății, care activează în conformitate cu Legea ocrotirii sănătății, nr. 411 – XIII din 28.03. 1995 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373), Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației, nr. 1513-XII din 16.06.1993 (republicată în Monitorul

Oficial al Republicii Moldova, 2003, nr. 60-61, art.259) şi Regulamentul privind supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în Republica Moldova, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 423 din 03.05.2000 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2000, nr. 54-56, art.505).

Activitatea de bază a Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de Stat constă în efectuarea supravegherii sanitaro-epidemiologice de stat în Republica Moldova, care include: supravegherea sanitaro-epidemiologică a calităţii factorilor mediului şi a produselor alimentare, a condiţiilor de muncă, de instruire şi educare, de trai şi odihnă etc., care pot influenţa sănătatea, supravegherea curentă şi preventivă privind respectarea regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat de către ministere, instituţii, organizaţii, unităţi economice, persoane juridice şi fizice.

Scopul principal al supravegherii sanitaro-epidemiologice de stat este ocrotirea sănătăţii publice prin relevarea factorilor ce o influenţează, prin elaborarea recomandărilor şi efectuarea controlului asupra realizării măsurilor sanitaro-igienice şi sanitaro-antiepidemice orientate spre:

– traducerea în viaţă a măsurilor profilactice şi antiepidemice, extinderea imunizării populaţiei faţă de agenţii anumitor boli contagioase;
– asigurarea inofensivităţii circuitului alimentar;
– asanarea condiţiilor de muncă, instruire, educare, trai şi odihnă a populaţiei;
– prevenirea, lichidarea sau reducerea nivelului de poluare a mediului;
– minimalizarea consecinţelor calamităţilor naturale şi ale altor situaţii excepţionale pentru sănătatea publică;
– ridicarea nivelului de cultură sanitară a populaţiei prin educaţie pentru sănătate, prin promovarea sănătăţii şi a unui mod de viaţă sănătos;
– informarea completă, obiectivă şi veridică a factorilor de decizie şi a populaţiei asupra stării sanitaro-epidemiologice în ţară.

Din sistemul Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat fac parte:

– Medicul-şef sanitar de Stat al Republicii Moldova;
– Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă;
– centrele de medicină preventivă municipale, ale raioanelor, Unităţii Teritoriale Autonome Găgăuzia şi ale raioanelor de est ale Republicii Moldova.

Instituţiile Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat, care sunt subdiviziuni interioare ale acestuia, efectuează în teritoriul deservit supravegherea sanitaro-epidemiologică asupra:

• executării legislaţiei Republicii Moldova, hotărârilor autorităţilor administraţiei publice centrale şi locale, precum şi a regulamentelor şi ordonanţelor Ministerului Sănătăţii în partea ce se referă la asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei de către ministere, întreprinderi, instituţii, organizaţii, de alţi agenţi economici, indiferent de forma de proprietate, precum şi de persoane fizice;

• realizării măsurilor şi respectării regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat la atribuirea terenurilor pentru construcţie, la sistematizarea şi construcţia localităţilor, construcţia şi reconstrucţia întreprinderilor, la modificarea profilului întreprinderii şi proceselor tehnologice de producere, la darea în exploatare a caselor de locuit, edificiilor social-culturale, de producţie şi altor construcţii;

• înfăptuirii măsurilor şi respectării regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat în procesul de fabricare, prelucrare culinară, păstrare, transportare

şi comercializare a produselor alimentare şi aditivilor alimentari, a utilajului tehnologic pentru fabricarea şi prelucrarea culinară a produselor alimentare, de producere a ambalajului, materialelor pentru ambalare, vaselor pentru păstrarea produselor alimentare, produselor cosmetice, de parfumerie şi igienă personală, materialelor polimerice şi maselor plastice, utilizate în construcţia obiectelor de transportare a apei potabile, locuinţelor şi edificiilor publice, mărfurilor şi articolelor de chimie casnică, inclusiv la importul lor în ţară;

- realizării măsurilor şi respectării regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat la producerea, importul, transportarea, păstrarea, folosirea şi depozitarea substanţelor radioactive şi surselor de iradiere ionizantă, precum şi a substanţelor toxice în producţia industrială, aplicarea pesticidelor, îngrăşămintelor minerale şi altor agrochimicale;
- realizării măsurilor de prevenire şi lichidare a bolilor profesionale şi infecţioase, de protecţie sanitară a teritoriului ţării împotriva pătrunderii şi răspândirii infecţiilor convenţionale şi altor boli infecţioase sau parazitare;
- înfăptuirii măsurilor pentru asigurarea populaţiei cu apă potabilă de calitate, de prevenire, lichidare sau reducere a poluării apelor de suprafaţă folosite ca sursă de apă potabilă şi în scopuri de asanare, odihnă şi alte necesităţi ale omului, a solului şi aerului atmosferic cu deşeuri, reziduuri, degajări nocive de la întreprinderi şi obiecte comunale;
- realizării măsurilor pentru prevenirea, reducerea şi înlăturarea zgomotului şi altor factori fizici neionizanţi;
- respectării normelor sanitare de întreţinere a localităţilor şi a locurilor de odihnă a populaţiei în afara oraşelor;
- înfăptuirii măsurilor de educare pentru sănătate şi promovarea unui mod de viaţă sănătos al populaţiei şi pregătirea medico-igienică a specialiştilor din economia naţională;
- realizării măsurilor şi respectării regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat privind protecţia aerului atmosferic, a aerului din incinte, de la locurile de muncă etc. contra poluării cu factori chimici, biologici, fizici neionizanţi şi de altă natură; respectării zonelor de protecţie sanitară dintre obiectele şi teritoriile protejate;
- realizării măsurilor şi respectării condiţiilor optime de muncă ale angajaţilor, executării cerinţelor regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat, ale altor acte normative privind procesele de producţie, instalaţiile tehnologice şi sanitaro-tehnice, organizarea locurilor de muncă, mijloacele individuale şi colective de protecţie a angajaţilor, regimul de muncă, de odihnă şi de deservire social-igienică a lucrătorilor cu scopul de a preîntâmpina traumatismele, bolile profesionale, infecţioase şi bolile (otrăvirile) determinate de condiţiile de muncă;
- realizării măsurilor şi respectării regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat privind protecţia solului contra poluării cu substanţe chimice şi biologice potenţial periculoase pentru om, organismele biologice, inclusiv microbiologice şi radioactive, în teritoriile localităţilor, unităţilor economice, inclusiv ale celor agricole, ale instituţiilor şi organizaţiilor;
- corespunderii programelor, metodelor şi regimurilor de educaţie şi instruire, manualelor, tipăriturilor pentru copii, mijloacelor tehnice şi terminalelor video, precum şi a mobilierului cu regulile sanitare;

- corespunderii standardelor de stat, normelor şi regulilor în construcţie, regulilor de securitate a muncii, normelor veterinare şi fitosanitare cu prevederile regulilor şi normativelor sanitaro-epidemiologice de stat şi a actelor normative în domeniul asigurării bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei;
- respectării regulilor sanitare la derularea activităţilor cu substanţe chimice şi biologice, cu microorganisme şi toxine.

Conducerea organelor şi instituţiilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat se pune, respectiv, în sarcina Medicului-şef sanitar de Stat al Republicii Moldova, adjuncţilor lui şi medicilor-şefi sanitari de stat ai raioanelor şi municipiilor şi adjuncţilor lor.

Medicul-şef sanitar de Stat al Republicii Moldova şi adjuncţii lui, medicii-şefi sanitari de stat ai raioanelor şi municipiilor, în conformitate cu art. 42 din Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei, au dreptul:

1) să înainteze autorităţilor publice propuneri în problemele executării legislaţiei sanitare, precum şi referitor la proiectele planurilor de dezvoltare socială şi economică a teritoriilor, programelor complexe de ocrotire a sănătăţii populaţiei, a mediului, de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă şi de trai, orientate spre asigurarea bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei;

2) să viziteze nestingherit (la prezentarea legitimaţiei de serviciu) şi să controleze întreprinderile, instituţiile, organizaţiile, alţi agenţi economici indiferent de forma de proprietate, precum şi de condiţiile de muncă ale persoanelor care practică muncă individuală, în scopul verificării respectării de către ele a legislaţiei sanitare, a regulilor sanitare în vigoare şi efectuării de măsuri igienice şi antiepidemice;

3) să înainteze persoanelor fizice şi juridice cerinţe cu privire la necesitatea efectuării de măsuri igienice şi antiepidemice şi la lichidarea încălcărilor legislaţiei sanitare, protecţiei sanitare a teritoriilor de infiltrarea şi răspândirea bolilor deosebit de periculoase (care necesită instituirea carantinei) şi altor boli, precum şi să exercite controlul asupra îndeplinirii acestor cerinţe;

4) să încredinţeze efectuarea expertizelor în domeniul asigurării sanitaro-epidemiologice a populaţiei şi conform rezultatelor să prezinte persoanelor fizice şi juridice avize argumentate;

5) să scoată la iveală şi să stabilească cauzele şi condiţiile apariţiei şi răspândirii bolilor contagioase, bolilor neinfecţioase şi intoxicărilor în masă ale oamenilor, precum şi a bolilor profesionale;

6) să sisteze până la efectuarea măsurilor necesare şi lichidarea încălcărilor existente a regulilor sanitare, iar în cazul imposibilităţii respectării lor să înceteze:

a) lucrările de proiectare şi construcţie, precum şi cele de dare în exploatare a obiectelor finalizate şi reconstruite;

b) exploatarea întreprinderilor, instituţiilor, organizaţiilor existente, unor secţii şi sectoare de producţie, încăperilor clădirilor, instalaţiilor, utilajului, mijloacelor tehnice, precum şi executarea unor feluri de lucrări, activităţi de producţie şi prestarea serviciilor;

c) elaborarea, lansarea în producţie, fabricarea şi utilizarea producţiei economiei naţionale;

d) producerea, depozitarea, transportarea şi comercializarea materiei prime şi a produselor alimentare, folosirea apei (surselor de apă) în scopuri gospodăreşti, de menaj, culturale şi de asanare;

7) să înainteze autorităților publice, precum şi organelor financiar-creditare propuneri privind:

a) interzicerea sau introducerea pe anumite teritorii a unor condiții şi regimuri speciale de viață a populației, sau desfăşurarea activității economice a ei, orientate spre prevenirea răspândirii bolilor contagioase, a bolilor neinfecțioase şi intoxicărilor în masă ale oamenilor, şi lichidarea acestor boli;

b) suspendarea finanțării (creditării) lucrărilor de proiectare, construcție, precum şi a activității economice a persoanelor fizice şi juridice în cazul nerespectării de către ele a regulilor sanitare şi a hotărârilor organelor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat cu privire la sistarea sau încetarea acestor feluri de lucrări şi tipuri de activitate;

8) să adopte decizii privind:

a) înlăturarea temporară de la muncă a persoanelor purtătoare de agenți patogeni ai bolilor contagioase, care pot deveni surse de răspândire a lor în virtutea specificului pe care îl execută sau al procesului de producție în care sunt antrenate;

b) îndreptarea la examenul medical şi supravegherea medicală a persoanelor care au contactat cu bolnavii contagioşi;

c) internarea obligatorie în spital a bolnavilor contagioşi şi a persoanelor suspectate de a fi contaminate de boli contagioase, care prezintă pericol pentru cei din jur;

d) efectuarea dezinfecției, dezinsecției şi deratizării în focarele de boli contagioase, precum şi în încăperile şi pe teritoriile unde se mențin condiții pentru apariția şi răspândirea infecțiilor;

e) efectuarea vaccinării preventive a populației sau a unor grupuri de persoane conform indicațiilor epidemice;

9) să invite la organele Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat persoanele fizice şi juridice pentru examinarea materialelor privind cazurile de încălcare a legislației sanitare;

10) să examineze cazurile de încălcare a regulilor sanitare şi să aplice amenzi în conformitate cu articolele 42, 42/1, 42/3, 42/4, 42/5, 42/6, 42/7, 42/8, 42/9, 42/10, 42/11, 43 şi 53 din Codul cu privire la contravențiile administrative, să transmită materialele în organele de urmărire penală pentru intentarea procesului penal, să prezinte factorilor de decizie ierarhic superiori propuneri privind aplicarea sancțiunilor disciplinare;

11) să înainteze cerințele privind:

a) compensarea daunei cauzate sănătății oamenilor;

b) restituirea către instituțiile curativo-profilactice şi sanitaro-epidemiologice a cheltuielilor pentru efectuarea măsurilor igienice, antiepidemice şi curative în cazul apariției bolilor contagioase, bolilor neinfecțioase şi intoxicărilor în masă ale oamenilor;

c) achitarea amenzilor;

12) să primească fără restricții de la persoanele fizice şi juridice date şi documente necesare îndeplinirii sarcinilor ce le revin organelor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat;

13) să ia probe de materiale, substanțe, articole, produse alimentare, aer, apă şi sol pentru cercetări de laborator şi pentru efectuarea expertizei igienice;

14) să adopte decizii privind distrugerea producţiei pe care expertiza igienică a recunoscut-o drept producţie de calitate inferioară, care prezintă pericol pentru sănătatea oamenilor:

– Medicul-şef sanitar de Stat al Republicii Moldova are dreptul să aprobe în modul stabilit reguli sanitare republicane, indicaţii şi recomandări metodice, să le promulge şi să le pună în aplicare.

– Medicul-şef sanitar de Stat al Republicii Moldova şi adjuncţii lui de asemenea au dreptul să însărcineze specialiştii în vederea efectuării expertizelor şi consultărilor şi să prezinte persoanelor fizice şi juridice avize asupra normelor de proiectare, documentaţiei tehnico-normative, tehnologice şi de exploatare pentru producţia nouă (modernizată) a economiei naţionale şi tehnologia confecţionării acesteia, asupra documentaţiei contractuale de livrare în republică a producţiei de import destinate utilizării în economie şi în gospodăria casnică, a produselor alimentare şi materiei prime alimentare, precum şi asupra programelor şi regimurilor de educaţie, instruire şi solicitare intelectuală şi fizică.

– Drepturile prevăzute la alineatul (1) punctele 2), 3), 5), 12) şi 13) din prezentul articol se extind şi asupra factorilor de decizie şi specialiştilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat.

Totodată, Medicul-şef sanitar de Stat al Republicii Moldova, medicii-şefi sanitari de stat ai raioanelor şi municipiilor, alţi factori de decizie şi specialişti ai Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat, care exercită supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat în limitele competenţei lor, în baza art. 43 din Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică de stat, sunt obligaţi:

1) să folosească la timp şi în măsură deplină împuternicirile acordate lor pentru prevenirea, scoaterea la iveală şi reprimarea încălcării legislaţiei sanitare;

2) să-şi coordoneze activitatea cu autorităţile publice, cu organizaţiile obşteşti interesate în apărarea drepturilor şi intereselor persoanelor fizice şi juridice, în ocrotirea şi fortificarea sănătăţii, asigurarea bunăstării sanitaro-epidemiologice a populaţiei;

3) să păstreze secretul de stat şi cel comercial în privinţa informaţiei obţinute în timpul exercitării îndatoririlor funcţionale.

Factorii de decizie şi specialiştii Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat poartă răspundere pentru îndeplinirea necorespunzătoare a atribuţiilor lor în modul stabilit de legislaţia în vigoare.

Medicii-şefi sanitari de Stat, alţi factori de decizie şi specialişti ai Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat care exercită supravegherea sanitaro-epidemiologică de stat sunt reprezentanţi ai organelor administraţiei de stat şi se află sub ocrotirea statului.

În activitatea lor ei sunt independenţi şi acţionează conform Constituţiei, legilor Republicii Moldova, decretelor Preşedintelui republicii, hotărârilor Guvernului şi legislaţiei sanitare în vigoare pe teritoriul republicii.

Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de Stat, ca structură a Ministerului Sănătăţii, este desemnat ca organ central de notificare responsabil pentru efectuarea notificărilor către Secretariatul Organizaţiei Mondiale a Comerţului privind modificările măsurilor sanitare şi prezentarea informaţiei despre activitatea sanitară.

EXPERTIZA MEDICALĂ A VITALITĂȚII

24.1. NOȚIUNI GENERALE

Creşterea nivelului asistenţei medicale este un factor principal al Sistemului Naţional de Ocrotire a Sănătății. În legătură cu aceasta se impune perfecționarea continuă a procesului de diagnosticare, tratament şi a măsurilor de reabilitare. În acest scop în cadrul unităților sanitare se creează consilii medicale consultative. Consiliul Medical Consultativ (CMC) constituie una dintre verigile esenţiale în asigurarea realizării întregului complex de măsuri pentru atingerea şi menţinerea unui nivel înalt de asistenţă medicală populaţiei.

În activitatea sa cotidiană, CMC are menirea să asigure exigenţa şi creşterea continuă a profesionalismului cadrelor medicale, respectarea de către medic a normelor şi principiilor morale şi etice.

24.2. PRINCIPII DE BAZĂ ALE CMC

Consiliile medicale consultative există în cadrul diferitor unități sanitare (spitale, centre ale medicilor de familie, servicii consultative pentru femei, clinicile Universității de Stat de Medicină şi Farmacie şi ale instituțiilor de cercetări ştiinţifice etc.). Din componenţa lor fac parte medicul-şef adjunct pentru problemele curative, un medic consultant şi medicul curant.

Preşedintele CMC este membru permanent al consiliului, iar ceilalți doi medici se schimbă în funcţie de afecţiunea de care suferă bolnavul examinat. În caz de necesitate consiliul medical trimite bolnavii la consultaţie şi tratament în instituțiile curative specializate.

CMC poate efectua controlul şi expertiza calității principiilor de diagnosticare şi tratament, realizate atât de medicii curanţi, cât şi de către secţiile unității sanitare sau unitatea sanitară în întregime, prezentând conducerii acestei unități informațiile şi propunerile corespunzătoare.

CMC sancţionează prelungirea concediului medical în corespundere cu „Instrucţiunea cu privire la modul de acordare a concediului medical în Republica Moldova".

CMC ia decizia de îndrumare a bolnavilor şi invalizilor la organele de expertiză medicală a vitalității în vederea expertizei sau reexpertizei pentru:

- încadrarea în invaliditate sau sancţionarea prelungirii concediului medical;
- determinarea (în procente) gradului de reducere a capacității de muncă în urma accidentelor de muncă, anumite prescripţii legate de procesul de muncă;
- reexaminarea invalizilor;

- evaluarea condițiilor de trai și a necesității în ajutor social pentru invalizi;
- examinare cu scop consultativ;
- determinarea cauzei decesului capului familiei în urma accidentului de muncă, bolii profesionale sau acțiunilor de luptă în timp de conflicte militare și în alte cazuri ce necesită stabilirea pensiei și a despăgubirilor pentru membrii familiei defunctului;
- acordarea de ajutor cetățenilor la perfecționarea documentelor necesare pentru efectuarea expertizei medicale.

CMC de la Instituțiile Sanitare Publice pentru copii efectuează încadrarea în invaliditate a copiilor sub 16 ani în conformitate cu „Lista bolilor și a stărilor patologice pentru care se acordă dreptul la pensii sociale pentru copiii invalizi din copilărie până la vârsta de 16 ani în Republica Moldova", aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova.

CMC analizează desfășurarea și eficiența reabilitării medicale, contribuie la elaborarea programelor individuale de reabilitare medico-socială a bolnavilor și invalizilor.

CMC eliberează concluzii medicale în modul stabilit de lege privind:

- necesitatea transferării lor, pe motiv de sănătate, temporar sau permanent, la o muncă mai ușoară sau altă muncă cu condiții inofensive, ținând cont de calificarea bolnavului;
- necesitatea transferării de la locurile de muncă în condiții nocive a minorilor și femeilor gravide;
- necesitatea transferării la munci ce ar corespunde stării lor de sănătate a persoanelor cu activitate vitală redusă, dar care nu necesită concediu medical și n-au indicațiile respective pentru a fi trimise la expertiza medicală a vitalității;
- necesitatea transferării provizorii la alt lucru pe motive de carantină a purtătorilor de germeni patogeni ai bolilor infecțioase (în comun cu Centrul de Medicină Preventivă);
- necesitatea acordării concediului academic pe motive de sănătate sau transferării la altă facultate a studenților din instituțiile de învățământ superior, colegii, licee, școli etc.;
- eliberarea de la examenele de promovare și de admitere a elevilor din școlile de cultură generală (licee etc.);
- posibilitatea plecării persoanelor solicitante și a membrilor familiilor lor peste hotare, conform stării de sănătate;
- indicațiile medicale pentru tratamentul balneo-sanatorial;
- indicațiile medicale pentru întreruperea graviditații în termene tardive;
- dreptul de acordare a spațiului locativ sau separat în legătură cu starea sănătății;
- eliberarea de la lucru pentru îngrijirea unui bolnav sau a copilului de către un membru al familiei;
- starea sănătății șomerilor.

CMC propagă cunoștințele și practica expertizei medicale a vitalității printre cadrele medicale, analizează greșelile la trimiterea bolnavilor la expertiza medicală a vitalității, precum și cazurile de divergență dintre propriile decizii și cele ale Consiliului de expertiză medicală a vitalității.

Consiliul Medical Consultativ examinează:
- toate cazurile de încălcare a legislației privind acordarea concediului medical;
- plângerile privind acțiunile medicilor legate de acordarea concediului medical;
- plângerile privind acțiunile medicilor în procesul acordării asistenței medicale.

Rezultatele examinării bolnavilor şi deciziile Consiliului Medical Consultativ se înregistrează în documentele primare medicale ale pacientului, precum şi într-un registru special.

24.3. REDUCEREA VITALITĂȚII TEMPORARE

Boala este o stare în care individul nu-şi poate exercita funcțiile şi obligațiile obişnuite şi nu este în stare să-şi realizeze în mod normal atribuțiile sale sociale în urma dereglării structurii anatomice şi a funcțiilor psiho-fiziologice.

Dereglarea funcțiilor organismului determină scăderea vitalității. Prin reducerea vitalității se înțelege orice limitare sau lipsă a capacităților de activitate într-un cadru considerat normal pentru om.

Reducerea vitalității poate fi temporară şi permanentă.

Expertiza vitalității temporare se bazează pe următoarele principii:

– Concediul medical se acordă de către medicul de familie, precum şi de cei ai unităților sanitare ce se subordonează altor departamente de pe teritoriul Republicii Moldova.

– Medicul curant are dreptul să acorde de unul singur concediu medical pe toată perioada cât durează restabilirea vitalității. Durata concediului medical se determină în conformitate cu instrucțiunea nr. 175 din 09.06.2005 privind limitele concediului medical în caz de boală sau traumă, aprobată de Ministerul Sănătății.

– Certificatul se eliberează salariaților şi ucenicilor asigurați din mijloacele bugetului asigurărilor sociale de stat.

– Certificatul pentru maternitate se eliberează femeilor salariate, ucenicilor şi soțiilor aflate la întreținerea salariaților.

Certificatul se eliberează şi în cazurile în care incapacitatea temporară de muncă a survenit în timpul concediului de odihnă anual, în perioada de probă sau în ziua concedierii.

Acordarea concediului medical se confirmă prin eliberarea certificatului de concediu medical de forma aprobată de către Ministrul Sănătății. Concediul medical se acordă în zile calendaristice.

Persoanelor neîncadrate în muncă nu li se eliberează certificat de concediu medical cu excepția şomerilor care beneficiază de ajutor de şomaj.

24.4. TIPURILE DE CONCEDIU MEDICAL

24.4.1. CONCEDIU MEDICAL ÎN CAZ DE BOALĂ SAU TRAUMATISM

„Certificatul" se eliberează numai în cazurile, în care salariatul sau ucenicul (asiguratul), în urma unor boli, traumatisme sau altor cauze, pierde temporar capacitatea de a exercita funcțiile şi obligațiunile de serviciu.

În toate cazurile, eliberarea şi prelungirea „Certificatului" se argumentează prin existenţa în documentaţia medicală primară a înscrierilor, care confirmă incapacitatea temporară de muncă a pacientului: datele examenului clinic; rezultatele investigaţiilor de laborator şi instrumentale, consultaţiile medicilor specialişti de profil, efectuate după caz, inclusiv în dinamică (conform standardelor medicale).

La eliberare şi prelungirea „Certificatului" se va ţine cont de nivelul dereglărilor funcţionale, caracterul şi evoluţia maladiei, inclusiv rezultatele evaluării nivelului efortului fizic şi neuro-psihic corespunzător funcţiei ocupate de salariat, modului de organizare a locului de lucru, precum şi de alţi factori sociali şi profesionali, ce influenţează capacitatea de muncă şi (sau) agravează starea sănătăţii salariatului.

În condiţii de tratament ambulatoriu „Certificatul" se eliberează din ziua în care asiguratul se adresează la instituţia medico-sanitară şi este stabilită incapacitatea temporară de muncă.

În condiţii de tratament ambulatoriu, „Certificatul" se eliberează de către medicul de familie, iar în cazurile de traumatism şi în unele cazuri justificate din punct de vedere medical, certificatul poate fi eliberat de către medicul specialist de profil din instituţia medico-sanitară publică din unitatea administrativ-teritorială în raza de deservire a căreia îşi are domiciliul bolnavul.

„Certificatul" pentru caz de boală sau traumatism (inclusiv traumatismul habitual) se eliberează bolnavului pe toată perioada tratamentului, până la restabilirea capacităţii de muncă, însă cel mult pentru 180 de zile pe parcursul unui an calendaristic.

După expirarea a 120 de zile calendaristice de incapacitate temporară de muncă, bolnavul este trimis la Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalităţii, pentru aprecierea gradului de pierdere a capacităţii de muncă, dacă există datele necesare, şi pentru obţinerea deciziei privind prelungirea concediului sau reluarea activităţii de muncă.

„Certificatul" poate fi prelungit peste 120 de zile calendaristice în temeiul avizului Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalităţii pe un termen de cel mult 60 de zile calendaristice.

După expirarea a 180 de zile calendaristice, dacă există motive întemeiate privind posibilitatea recuperării, evitării stabilirii gradului de invaliditate şi menţinerii capacităţii de muncă a asiguratului, bolnavii sunt trimişi la Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalităţii pentru obţinerea deciziei privind prelungirea „Certificatului".

Prelungirea „Certificatului" peste 180 de zile calendaristice poate fi efectuată în temeiul avizului Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalităţii, pentru cel mult 30 de zile calendaristice, în funcţie de evoluţia cazului şi de rezultatele acţiunilor de recuperare.

În caz de îmbolnăvire de tuberculoză, SIDA şi cancer de orice tip, „Certificatul" se prelungeşte cu respectarea cerinţelor privind prelungirea lui şi cu avizarea Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalităţii. Durata lui este de cel mult un an pe parcursul ultimilor 2 ani.

„Certificatul" pentru incapacitatea temporară de muncă în legătură cu sarcina se eliberează conform indicaţiilor medicale pe toată durata incapacităţii temporare de muncă, fără restricţii.

Medicul de familie are dreptul să elibereze de unul singur „Certificat" pe o perioadă de 3 zile calendaristice, iar în total pe o perioadă de cel mult 6 zile calen-

daristice, iar în caz de boli infecţioase medicul de familie are dreptul să elibereze certificat de concediu medical simultan pentru o perioadă până la 5 zile calendaristice.

După 6 zile calendaristice „Certificatul" poate fi prelungit numai prin decizia Consiliului Medial Consultativ pe o perioadă până la 10 zile calendaristice, cu durata totală până la 30 de zile calendaristice. Peste 30 de zile calendaristice certificatul poate fi prelungit, cu respectarea cerinţelor menţionate şi numai prin decizia Consiliului Medical Consultativ al instituţiei medico-sanitare.

În instituţiile medico-sanitare cu un singur medic de familie, acesta are dreptul să elibereze „Certificatul", în modul stabilit, pentru 6 zile calendaristice, şi poate să prelungească „Certificatul" de unul singur pe o perioadă de încă până la 6 zile calendaristice, cu respectarea cerinţelor prezentei instrucţiuni.

Persoanelor angajate conform contractului individual de muncă pe o durată determinată, inclusiv celor angajaţi la lucrări sezoniere şi şomerilor care primesc indemnizaţii de şomaj, li se eliberează „Certificat" pe durata de cel mult 30 de zile pe parcursul unui an calendaristic.

În cazul în care în următoarele 3 zile după restabilirea capacităţii de muncă a persoanei, care s-a aflat în concediu medical din motivul unei maladii, se constată incapacitate temporară de muncă, în urma aceleiaşi sau altei maladii, eliberarea unui nou certificat se efectuează numai prin decizia Consiliului Medical Consultativ.

Medicul de familie are dreptul să elibereze în modul stabilit „Certificat" şi pentru perioada examenului de laborator, precizării sau confirmării diagnosticului, precum şi pentru şedinţele de fizioterapie, radioterapie etc., dacă aceste examene sau proceduri nu pot fi efectuate în afara orelor de program ale persoanei în cauză.

Pacienţilor, care necesită consultaţii, investigaţii în instituţiile medico-sanitare publice republicane (ftiziopneumologie, psihoneurologie, oncologie, dermatovenerologie etc.), li se eliberează „Certificat" pe un termen de până la 3 zile calendaristice, iar în caz de necesitate „Certificatul" se prelungeşte, în modul stabilit în baza extrasului (formularul nr. 027/e), eliberat de către instituţia medico-sanitară publică republicană, care confirmă aflarea pacientului la investigaţii şi consultaţii.

În cazul în care boala a survenit la locul de muncă, în afara locului de trai sau în deplasare de serviciu în altă localitate, se permite eliberarea certificatului pentru tratament în condiţii de ambulatoriu de către medicul de familie la care este arondată această întreprindere prin decizia Consiliului Medical Consultativ pe un termen de până la 3 zile calendaristice, perioada în care pacientul se va prezenta la medicul de familie în lista căruia este înregistrat, pentru efectuarea expertizei incapacităţii temporare de muncă, în modul stabilit.

Dacă bolnavul apelează la o instituţie medico-sanitară (în caz de îmbolnăviri acute sau traumatism), deservită de un lucrător medical cu studii medii, lui i se acordă asistenţă medicală şi i se eliberează un bilet de trimitere (formularul nr. 027/e) pe care se aplică ştampila instituţiei medico-sanitare cu recomandaţia de a se adresa imediat sau a doua zi medicului de familie. În biletul de trimitere se face o descriere succintă a caracterului bolii sau traumatismului şi se indică data şi ora eliberării documentului. Medicul de familie, constatând incapacitatea temporară de muncă, eliberează persoanei în cauză un „Certificat" din data înregistrată în biletul de trimitere al pacientului. Dacă medicul de familie constată că persoana respectivă

este aptă de muncă, certificatul nu se eliberează, iar biletul de trimitere se restituie, indicându-se ora sosirii şi plecării ei.

În cazuri de traumatism sau intoxicaţie, medicul care eliberează certificatul descrie în documentaţia medicală primară de formă stabilită circumstanţele în care s-a produs traumatismul sau intoxicaţia (accident de muncă, pe stradă, la domiciliu etc.).

Dacă incapacitatea temporară de muncă a survenit în urma abuzului de alcool sau a acţiunilor comise în stare de ebrietate (traumatisme, psihoză alcoolică, delirium tremens, alcoolism cronic, consum de droguri sau substanţe toxice etc.), pacientului i se eliberează certificat pe toată perioada tratamentului ambulatoriu sau în spital. În certificat medicul indică boala şi cauzele apariţiei ei: stare de ebrietate sau acţiunile comise în această stare, abuzul de alcool (traumatism, psihoză, delirium tremens, alcoolism cronic, consum de droguri sau substanţe toxice).

În condiţii de tratament spitalicesc certificatul se eliberează de către instituţiile medico-sanitare pentru toată perioada de tratament în spital.

În cazurile, când bolnavul tratat ambulatoriu este trimis pentru prelungirea tratamentului în spital, pe „Certificatul" pentru tratament ambulatoriu se indică „prelungeşte tratamentul" şi în spital se completează un alt formular de certificat, cu indicarea numărului, seriei certificatului precedent şi numărului de zile cu incapacitate temporară de muncă din certificatul precedent.

La externate „Certificatul" poate fi prelungit pe un termen de până la 3 zile calendaristice, termen, în care pacientul se va prezenta la medicul de familie pentru continuarea tratamentului în condiţii de ambulatoriu şi prelungirea sau închiderea. În cazul în care există indicaţii medicale pentru prelungirea certificatului, pe certificatul eliberat în spital se face înscrierea „prelungeşte tratamentul" şi se eliberează în condiţii de tratament ambulatoriu un alt formular de „Certificat", cu indicarea numărului, seriei certificatului precedent şi numărului de zile cu incapacitate temporară de muncă din certificatul precedent.

Persoanelor străine, aflate în deplasare de serviciu, ospeţie etc., „Certificatul" se eliberează în baze generale, prin decizia conducătorului instituţiei medico-sanitare, confirmat prin ştampila instituţiei medico-sanitare.

24.4.2. CONCEDIU MEDICAL PENTRU ÎNGRIJIREA BOLNAVULUI

În cazul tratamentului în condiţii de ambulatoriu certificatul pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani şi pentru îngrijirea copilului cu handicap până la 16 ani cu afecţiuni intercurente se eliberează mamei sau tatălui pe o perioadă ce nu depăşeşte 14 zile calendaristice.

Pentru îngrijirea copilului bolnav certificatul se eliberează şi altui membru al familiei (bunicii, bunelului, altor membri al familiei încadraţi în muncă, tutorelui sau curatorului), dacă din anumite motive întemeiate, confirmate documentar, mama sau tata nu poate îngriji (în caz de boală, absenţă temporară, decădere din drepturile părinteşti etc.).

Dacă copilul bolnav necesită îngrijire după încheierea certificatului, pentru perioada ce depăşeşte durata certificatului, prin intermediul Consiliului Medical Consultativ se eliberează un certificat de formă stabilă, care confirmă necesitatea îngrijirii copilului bolnav.

Dacă în familie sunt câţiva copii care s-au îmbolnăvit consecutiv, certificatul se eliberează mamei sau unui alt membru al familiei pentru fiecare caz concret aparte conform prevederilor prezentei instrucţiuni. Când doi sau mai mulţi copii se îmbolnăvesc concomitent, pentru îngrijirea lor se eliberează un singur certificat de concediu medical.

În cazul când copilul suferă de boli contagioase sau este imobilizat într-un aparat gipsat ori este supus unor intervenţii chirurgicale etc, durata prelungirii certificatului se stabileşte de către Consiliul Medical Consultativ al instituţiei medico-sanitare, conform indicaţiilor medicale pentru îngrijirea copilului bolnav în cazul bolii respective.

Pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 3 ani certificatul se eliberează de preferinţă mamei, indiferent de faptul dacă există un alt membru al familiei care l-ar putea îngriji.

În cazul tratamentului în spital al copilului în vârsta de până la 7 ani, precum şi al copilului cu handicap în vârstă de până la 16 ani, conform concluziei consiliului medical, mamei i se eliberează certificat pe întreaga perioadă în care copilul bolnav necesită îngrijire, dar nu mai mult de 30 de zile calendaristice. Dacă mama nu poate îngriji copilul, certificatul pentru îngrijirea copilului bolnav aflat în spital se eliberează altui membru al familiei care îl îngrijeşte (tatălui, bunicii, bunelului, altor membri al familiei încadraţi în muncă, tutorelui sau curatorului).

„Certificatul" se eliberează, prin decizia Consiliului Medical Consultativ, unuia dintre părinţi sau tutorelui (curatorului), care se ocupă de îngrijirea şi educaţia copilului cu handicap în vârstă de până la 16 ani, pe toată perioada aflării acestuia în tratament balneo-sanatorial (inclusiv durata călătoriei tur-retur), dar nu mai mult de 30 de zile calendaristice.

24.4.3. CONCEDIU MEDICAL ÎN CAZ DE CARANTINĂ

Dacă serviciul sanitaro-epidemiologic, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, propune suspendarea temporară din funcţie a salariaţilor care au fost în contact cu persoane cu boli contagioase, certificatul se eliberează în modul stabilit de către medicul de familie, conform indicaţiilor medicale şi epidemiologie.

24.4.4. CONCEDIU MEDICAL ÎN LEGĂTURĂ CU TRANSFERUL DE SERVICIU

Dacă salariatul, în urma unui accident de muncă sau unei boli profesionale, este transferat temporar, în conformitate cu prevederile legislaţiei, la altă muncă, certificatul se eliberează în baze generale prevăzute de prezenta instrucţiune.

24.4.5. CONCEDIU MEDICAL PENTRU TRATAMENT BALNEO-SANATORIAL

„Certificatul" pentru tratament balneo-sanatorial se eliberează în cazul când concediul de odihnă anual şi cel suplimentar ale salariatului nu sunt suficiente pentru efectuarea tratamentului deplin şi deplasarea tur-retur.

„Certificatul" se eliberează numai pentru zilele ce depăşesc durata concediului de odihnă anual şi suplimentar. La stabilirea duratei deplasării se va lua în con-

siderare călătoria cu mijlocul de transport cel mai des utilizat în localitatea şi pe trasele respective.

În cazul în care bolnavul de tuberculoză nu are dreptul la concediu de odihnă anual, deoarece nu a acumulat vechimea necesară pentru acordarea concediului corespunzător, „Certificatul” pentru tratamentul balneo-sanatorial se eliberează fără a se lua în considerare durata concediului de odihnă anual. Dacă, pe parcursul unui an calendaristic bolnavul de tuberculoză este trimis de mai multe ori la tratament sanatorial, certificatul se eliberează fără a se ţine cont de concediul de odihnă anual, care a fost luat în calcul anterior.

Dacă bolnavul este trimis pentru tratament recuperator în sanatoriu, nemijlocit din secţiile spitaliceşti după ce a suportat un infarct miocardic sau o intervenţie chirurgicală (şuntare aortocoronariană, anevrism al aortei, ulcer stomacal sau duodenal, colecistită calculoasă etc.), se eliberează certificat pe toată perioada aflării lui în spital, iar prelungirea ulterioară a certificatului o efectuează medicul curant în comun cu medicul-şef al staţiunii balneo-sanatoriale pe întreaga durată a tratamentului balneo-sanatorial, ţinând cont de timpul necesar pentru deplasarea până la locul de trai.

Certificatul pentru tratamentul balneo-sanatorial este eliberat de către medicul de familie, prin decizia Consiliului Medical Consultativ până la data plecării la sanatoriu.

Solicitantul certificatului trebuie să prezinte:

- biletul de tratament balneo-sanatorial;
- adeverinţa din partea administraţiei privind durata concediului de odihnă anual şi celui suplimentar.

24.4.6. CONCEDIU MEDICAL PENTRU PROTEZARE

Pentru salariaţii aflaţi în spital în legătură cu protezarea ortopedică certificatul se eliberează pe toată perioada de aflare în spital.

24.4.7. CONCEDIU DE MATERNITATE

Femeilor salariate şi ucenicelor, soţiilor aflate la întreţinerea salariaţilor certificatul pentru concediul de maternitate este eliberat de către medicul de familie. Faptul că soţia se află la întreţinerea salariatului se confirmă prin prezentarea actului de identitate al soţiei şi adeverinţei de căsătorie.

„Certificatul” pentru concediu de maternitate se eliberează o singură dată, începând cu a 30-a săptămână de gestaţie, prin decizia Consiliului Medical Consultativ, pe o durată de 126 de zile calendaristice şi include concediul prenatal, cu o durată de 70 de zile calendaristice şi concediu postnatal cu o durată de 56 de zile calendaristice.

În cazul naşterilor complicate sau naşterii a doi sau mai mulţi copii se eliberează suplimentar un alt certificat pentru concediu de maternitate, cu durata de 14 zile calendaristice. În aceste situaţii certificatul este eliberat de către medicul de familie, prin decizia Consiliului Medical Consultativ, în baza consemnării naşterii complicate sau multipare în documentaţia medicală primară de formă stabilită, completată de instituţia medico-sanitară, unde a avut loc naşterea.

În cazul, în care femeile salariate şi ucenicele lor, soţiile aflate la întreţinerea salariaţilor se adresează pentru primirea certificatului de concediu de maternitate cu întârziere din motive întemeiate, la prezentarea actelor respective şi prin decizia conducătorului instituţiei medico-sanitare, certificatul pentru concediu de maternitate se eliberează pentru perioadele prenatală şi postnatală integral, conform prezentului punct.

În cazul în care copilul se naşte mort sau moare în perioada concediului postnatal, certificatul pentru concediu de maternitate se eliberează pentru perioada stabilită în punctul 42 al prezentei instrucţiuni.

Dacă naşterea s-a produs când sarcina era în perioada de gestaţie de 22 de săptămâni şi mai mult, dar nu a atins termenul de gestaţie de 30 de săptămâni şi s-a născut un copil viu, inclusiv în cazul în care copilul a supravieţuit peste perioada neonatală precoce, certificatul pentru concediu de maternitate se eliberează de către instituţia medico-sanitară, unde a avut loc naşterea, pe o durată de 140 de zile calendaristice, iar în cazul în care copilul s-a născut mort sau moare în perioada neonatală precoce, certificatul pentru concediu de maternitate se eliberează pe o durată de 70 de zile calendaristice.

Femeilor, care au plecat, în timpul concediului de maternitate, în alte localităţi şi care au suportat naşteri însoţite de complicaţii sau naşteri multipare, li se eliberează suplimentar un alt certificat pentru concediu de maternitate cu durata de 14 zile calendaristice, de către medicul de familie, prin decizia Consiliului Medical Consultativ, în baza consemnării naşterii complicate sau multipare în documentaţia medicală primară de formă stabilită, completată de instituţia medico-sanitară unde a avut loc naşterea, confirmată prin semnătura conducătorului şi parafa instituţiei medico-sanitare.

Dacă sarcina a survenit în timp ce femeia se află în concediu parţial plătit sau în concediu suplimentar fără plată pentru îngrijirea copilului, certificatul pentru concediu de maternitate se eliberează pentru perioada prenatală şi postnatală integral.

Certificatul pentru concediu de maternitate pentru salariaţii care au adoptat copii nou-născuţi sau i-au luat sub tutelă se eliberează de către medicul de familie, prin decizia Consiliului Medical Consultativ în baza actelor care confirmă cazul respectiv.

Salariatului, care a adoptat un copil nou-născut sau l-a luat sub tutelă nemijlocit din maternitate, i se eliberează certificatul pentru concediu de maternitate din ziua adopţiei (luării sub tutelă) şi până la expirarea a 56 de zile calendaristice din ziua naşterii copilului (în caz de adopţie a doi sau mai mulţi copii concomitent – 70 de zile calendaristice) în baza actelor respective.

În cazul întreruperii sarcinii certificatul se eliberează în baze generale în întreaga perioadă a incapacităţii temporare de muncă.

24.5. MODUL DE PĂSTRARE, EVIDENŢĂ ŞI COMPLETARE A „CERTIFICATULUI"

Certificatul constituie un document de ordin statistic, financiar, social şi juridic. Formularele certificatelor sunt păstrate de către contabilitatea instituţiei medico-sanitare, în calitate de formulare de evidenţă strictă.

Înscrierile în certificat se efectuează cu scris citeţ, prescurtat şi abreviaturi nu se admit. Certificatul se păstrează în instituţia medicală pe tot parcursul incapacităţii temporare de muncă a pacientului. La închiderea certificatului în partea dreaptă de sus a acestuia se înscrie cifrul maladiei, conform instrucţiunilor Ministerului Sănătăţii. La eliberarea certificatelor, în caz de îmbolnăvire de tuberculoză, SIDA, cancer de orice tip, alăturat cifrului maladiei se înscrie „100%", confirmat prin ştampilă.

Actele, ce confirmă incapacitatea temporară de muncă a cetăţenilor Moldovei aflaţi temporar în străinătate în interes de serviciu sau personal, pot fi înlocuite cu certificat de model naţional, prin decizia Consiliului Medical Consultativ al instituţiei medico-sanitare, unde activează medicul de familie al salariatului, confirmat prin semnătura conducătorului şi ştampila instituţiei medico-sanitare.

Pentru ca salariatul să poată primi indemnizaţia, la cererea acestuia, medicul îi poate elibera certificatul înainte de a termina tratamentul, prelungindu-i concediul medical pe un alt formular de certificat.

În cazul eliberării unui nou certificat, în partea de sus a acestuia se indică numărul, seria certificatului anterior şi numărul total de zile cu incapacitate temporară de muncă din certificatul de concediu medical anterior, iar în partea de jos a certificatului eliberat salariatului se înscrie „prelungeşte tratamentul" şi se indică numărul şi seria certificatului nou.

În caz de pierdere a certificatului, instituţia medico-sanitară care l-a eliberat, prin decizia Consiliului Medical Consultativ al instituţiei medico-sanitare, eliberează un duplicat, în temeiul demersului în scris al agentului economic/cererii persoanei care a pierdut certificatul.

În cazul deteriorării certificatului, instituţia medico-sanitară, care l-a eliberat, prin decizia Consiliului Medical Consultativ al instituţiei medico-sanitare eliberează un duplicat în temeiul cererii în scris a persoanei căreia îi aparţine acest certificat. Certificatul deteriorat se anexează la cotorul respectiv pentru păstrare ulterioară. În ambele cazuri, pe formularul-duplicat se efectuează inscripţia „Duplicat", care se confirmă prin aplicarea parafei instituţiei medico-sanitare, iar în documentaţia medicală primară se face menţinerea corespunzătoare.

Formularele certificatelor nedistribuite şi deteriorate se nimicesc la finele anului prin ardere, după întocmirea actului respectiv, care se păstrează împreună cu cotoarele certificatelor. Cotoarele certificatelor de concediu medical se păstrează în instituţia medico-sanitară pe parcursul a 5 ani, apoi se nimicesc prin ardere.

24.6. REDUCEREA PERMANENTĂ A VITALITĂŢII (INVALIDITATEA)

24.6.1. ORDINEA DE ADRESARE LA CONSILIUL DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ A VITALITĂŢII

Cetăţenii Republicii Moldova sunt trimişi spre expertizare în cadrul consiliilor primare de expertiză medicală a vitalităţii de către consiliile medicale consultative din instituţia medico-sanitară, prin fişa de trimitere (formularul nr. 088/e), aproba-

tă de Ministerul Sănătății. Cetățeanul fără viză de reședință este primit de către consiliile de expertiză medicală a vitalității în baza fișei de trimitere (formularul nr. 088/e) și a fișei de trimitere a casei teritoriale de asigurări sociale.

La expertizarea în cadrul consiliilor primare de expertiză medicală a vitalității, cetățeanul este trimis de către consiliul medical consultativ al instituției medico-sanitare numai după aplicarea măsurilor adecvate de diagnosticare, tratament și reabilitare, în cazul în care sunt prezenți indicii evidenți de dereglări funcționale ale organismului, cauzele bolilor, de consecințele unor traumatisme și deficiențe.

În fișa de trimitere sunt indicate datele despre starea sănătății persoanei supuse expertizării, care reflectă gradul de reducere a funcționalității organelor, sistemelor de organe și a întregului organism, precum și rezultatele măsurilor de tratament și reabilitare. Termenul de valabilitate a fișei de trimitere este de 30 de zile calendaristice.

24.6.2. PROCEDURA DE EFECTUARE A EXPERTIZEI MEDICALE A VITALITĂȚII

Expertiza medicală a vitalității este efectuată în baza cererii în scris a persoanei respective sau a reprezentantului ei legal, adresată președintelui consiliului primar de expertiză medicală a vitalității respectiv.

La cerere se anexează fișa de trimitere la consiliile de expertiză medicală a vitalității pentru expertizare (formularul nr. 088/e).

Consiliul primar teritorial de expertiză medicală a vitalității este constituit din trei medici: chirurg, terapeut, neurolog. În cazuri dificile, expertizarea se va efectua în comun cu specialiștii consiliilor de expertiză medicală a vitalității de nivel republican.

La stabilirea invalidității se ține cont de următorii factori clinici, psihologici, sociali, habituali și profesionali:

- caracterul bolii și consecințele ei;
- gradul de dereglare a funcției;
- eficacitatea tratamentului și a măsurilor de reabilitare;
- starea mecanismelor compensatorii;
- prognosticul clinic și de muncă;
- posibilitatea acordării unui complex de măsuri de asistență socială;
- condițiile concrete și caracterul muncii;
- nivelul pregătirii profesionale;
- vârsta etc.

În toate cazurile, indiferent de caracterul bolii sau al defectului anatomic, consiliile de expertiză medicală a vitalității efectuează un control complex clinic și funcțional al tuturor sistemelor organismului bolnavului.

În scopul obiectivizării stării de sănătate și a gradului de adaptare socială se analizează datele controlului de laborator și paraclinic, precum și datele anamnezei. Se acordă o deosebită atenție particularităților individuale ale bolnavului, posibilităților lui de adaptare socială. Expertiza medicală se bazează pe principiile umanismului și deontologiei.

Decizia de stabilire a invalidității include recomandări privind reabilitarea medicală și profesională.

24.6.3. CRITERIILE DE STABILIRE A INVALIDITĂŢII

Drept criterii de bază pentru stabilirea invalidităţii serveşte gradul de reducere a capacităţilor vitale ale organismului, determinată de boli sau deficienţe anatomice, cum sunt capacităţile:

- de autodeservire;
- intelectualitate şi de comportament;
- de comunicare (vedere, auz, vorbire);
- locomotorii, de aptitudine a corpului şi de dexteritate;
- de adaptare situaţională;
- de participare la activitatea socială şi profesională.

Diminuarea sau pierderea capacităţilor vitale pot fi evaluate după următoarele grade de severitate, care pot servi ca bază pentru stabilirea invalidităţii:

- reducerea capacităţilor vitale de grad mediu (25-49%);
- reducerea capacităţilor vitale de grad accentuat (50-74%);
- reducerea capacităţilor vitale de grad sever sau pierderea lor totală (75-100%).

Conform normelor internaţionale unanim recunoscute, invaliditatea se stabileşte atunci când infirmitatea depăşeşte 25%.

Gradul de reducere a vitalităţii se determină în conformitate cu „Tabelul procentual privind aprecierea gradului de reducere a vitalităţii cauzate de dereglări morfofuncţionale şi organospecifice ca urmare a bolilor, traumatismelor şi altor stări patologice".

Reducerea de grad mediu a capacităţilor vitale de autodeservire, intelectuale şi de comportament, de comunicare, locomotorii, de aptitudine a corpului şi de dexteritate, de adaptare situaţională, de participare la activitatea socială şi profesională corespunde invalidităţii încadrate în limitele de 25 şi până la 49 la sută, cu următoarele cote procentuale: 25, 30, 40 şi 45.

Reducerea de grad accentuat a capacităţilor vitale de autodeservire, intelectuale şi de comportament, de comunicare, locomotorii, de aptitudine a corpului şi de dexteritate, de adaptare situaţională, de participare la activitatea socială şi profesională corespunde invalidităţii încadrate în limitele de 50 şi până la 74 la sută, cu următoarele cote procentuale: 50, 55, 60, 65 şi 70.

Reducerea de grad sever a capacităţilor vitale de autodeservire, intelectuale şi de comportament, de comunicare, locomotorii, de aptitudine a corpului şi de dexteritate, de adaptare situaţională, de participare la activitatea socială şi profesională corespunde invalidităţii încadrate în limitele de la 75 la sută şi mai mult cu următoarele cote procentuale: 75, 80, 85, 90, 95 şi 100.

24.6.4. CAUZELE INVALIDITĂŢII

Odată cu stabilirea gradului de reducere a vitalităţii consiliile de expertiză medicală a vitalităţii sunt obligate să stabilească cauza invalidităţii, condiţiile biologice şi sociale care au dus la invaliditate. Factorii sociali care au condiţionat invaliditatea trebuie să fie justificaţi juridic prin actele respective.

Consiliile de expertiză medicală a vitalităţii pot stabili următoarele cauze de încadrare în invaliditate:

- invaliditate de boală obişnuită;
- invaliditate de accidente de muncă;
- invaliditate de boală profesională;
- invaliditate din copilărie;
- invaliditate de sindromul „Cernobâl";
- invaliditate legată de serviciul militar.

Invaliditatea de boală obişnuită este cauzată de oricare altă suferinţă care nu este specificată mai sus.

Invaliditatea de accident de muncă este determinată de accidentul survenit în timpul exercitării obligaţiunilor de muncă (inclusiv în deplasare) sau în timpul efectuării unor acţiuni în interesul întreprinderii sau instituţiei; în drum spre casă sau spre locul de muncă; în timpul practicii de producţie pe teritoriul întreprinderii, instituţiei sau în alt loc în timpul orelor de lucru, inclusiv în secţii; în timpul necesar pentru aducerea în ordine a locului de muncă până la începutul sau după sfârşitul programului de lucru; în apropierea întreprinderii, instituţiei sau în alt loc de muncă în timpul orelor de lucru, inclusiv în pauzele stabilite, dacă aflarea acolo nu contravenea regulamentului de muncă; în timpul executării acţiunilor de salvare a unei vieţi omeneşti, de ocrotire a proprietăţii statului, de menţinere a ordinii publice, în legătură cu îndeplinirea funcţiilor de donator de sânge.

Invaliditatea de boală profesională poate fi stabilită în urma unei boli cauzate de influenţa sistematică a factorilor nocivi caracteristici profesiei date sau din cauza condiţiilor de muncă caracteristice unei sau altei ramuri de producţie. La stabilirea invalidităţii de boală profesională consiliile de expertiză medicală a vitalităţii se conduc de „Lista bolilor profesionale" şi instrucţiunea privind aplicarea acestei liste. La biletul de îndreptare a bolnavilor în cauză la consiliul de expertiză medicală a vitalităţii se anexează în mod obligatoriu concluzia medicului specialist în bolile profesionale al unităţii sanitare respective.

Invaliditatea din copilărie este stabilită în urma unei boli sau infirmităţi care au survenit până la împlinirea vârstei de 16 ani, iar pentru cei încadraţi în învăţământ (elevi, studenţi) – până la împlinirea vârstei de 18 ani.

Invaliditatea de sindromul „Cernobâl" este stabilită persoanelor care au participat la lichidarea consecinţelor avariei de la Cernobâl sau care ulterior au fost supuse radiaţiei pe teritoriile poluate cu substanţe radioactive.

Invaliditatea din armată este stabilită militarilor în rezervă în urma:
- rănirii (contuzionării, accidentării) pe front sau în timpul exercitării funcţiilor legate de serviciul militar;
- bolilor căpătate pe front etc.
- Militarilor în rezervă invaliditatea din armată se stabileşte, dacă ea a apărut:
- în perioada serviciului militar;
- într-un termen de trei luni de la demobilizare;
- peste trei luni de la demobilizare în urma rănirii, contuzionării, accidentării, bolii, care au survenit în perioada serviciului militar, fiind confirmate prin probele respective.
- Invaliditatea survenită în timpul aflării pe front se stabileşte în conformitate cu legislaţia în vigoare a Republicii Moldova, precum şi cu instrucţiunile respective.

24.6.5. TERMENUL INVALIDITĂȚII

Data stabilirii invalidității se consideră ziua în care cererea, fişa de trimitere (formularul nr. 088/e) şi alte documente ale pacientului au fost depuse la consiliul primar de expertiză medicală a vitalității. Persoanelor care se adresează prima dată invaliditatea li se determină pe un termen de un an.

Reexpertizarea periodică a invalizilor se face în scopul verificării eficienței tratamentului şi a măsurilor de reabilitare, precum şi pentru a identifica schimbările în semnele invalidității şi a gradului de reducere a capacităților.

Invaliditatea se stabileşte fără a se indica termenul de reexpertizare, conform Listei defectelor şi bolilor ce servesc drept bază pentru determinarea invalidității fără indicarea termenului reexpertizării, aprobată de către Ministerul Sănătății.

Reexpertizarea persoanelor încadrate în grade de invaliditate cu termen nelimitat se efectuează la cererea acestora şi ca măsură de control de către Consiliul Republican de expertiză medicală a vitalității.

Reexpertizarea persoanelor încadrate în grade de invaliditate înainte de termenul prevăzut se efectuează la cererea acestora sau la inițiativa consiliilor de expertiză medicală a vitalității, atunci când există motive întemeiate, dar cel mult cu 2 luni înainte de expirarea termenului de invaliditate.

În cazul depistării unor încălcări ale prezentei Instrucțiuni, Consiliul superior unit are dreptul de a suspenda, în modul stabilit, decizia consiliilor de expertiză medicală a vitalității şi de a efectua reexpertizarea pacientului, antrenând specialiştii necesari.

24.6.6. TIPURILE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Consiliile de expertiză medicală a vitalității efectuează expertizarea şi reexpertizarea pacienților pentru a recomanda următoarele tipuri de asistență socială, de care beneficiază invalizii în conformitate cu legislația în vigoare:

- îngrijire permanentă din partea altei persoane;
- reabilitare medico-socială;
- asigurarea cu mijloace de deplasare (automobile, fotolii rulante, cărucioare).

Concluziile privind necesitatea acordării asistenței sociale se adoptă de către consiliile de expertiză medicală a vitalității în conformitate cu „Lista bolilor şi consecințelor traumatismelor şi defectelor anatomice care implică necesitatea acordării diverselor tipuri de asistență socială", aprobată de Ministerul Sănătății şi Ministerul Muncii.

SERVICIUL HEMOTRANSFUZIONAL ÎN SISTEMUL SĂNĂTĂŢII

25.1. SCURT ISTORIC

Serviciul de Sânge este o ramura prioritară în medicina modernă din întreaga lume, contribuind prin activitatea sa la diminuarea substanţială a mortalităţii şi invalidizării populaţiei. Salvarea gravidelor, bolnavilor chirurgicali, oncologici, ginecologici, obstetricali, în situaţii la limită cu compatibilitate cu viaţa sau care suferă de patologii grave este de neconceput fără un tratament transfuzional cu componente si preparate ce se obţin din sânge.

Nivelul actual de dezvoltare al biotehnologiilor moderne nu permite înlocuirea sângelui cu alte remedii. Din această cauză majoritatea ţărilor consideră sângele donat un patrimoniu Naţional.

Componentele şi preparatele procesate din sânge donat pentru asistenţă transfuziologică în sistemul sănătăţii sunt asigurate de Serviciul de Sânge (SS) (*figura 71*) al ţării, care este reprezentat prin Centrul Naţional de Transfuzie a Sângelui (CNTS), Centrul Hemotransfuzii Bălţi (GHB), secţiile de transfuzii (ST) – departamente ale instituţiilor medico-sanitare publice – spitalele republicane, municipale şi raionale (IMSP).

În 1940 dr. S. Crivoşeev deschide Centrul de Transfuzie a Sângelui la spitalul chirurgical nr. 2 din or. Chişinău, în Republica Autonomă Moldovenească, fiind înregistraţi peste 150 de donatori.

Sub conducerea chirurgului B. Buciumenschi, în august 1944 se redeschide Centrul de Transfuzie a Sângelui în secţia chirurgicala a Spitalului Republican, primind primii donatori în acelaşi an în luna decembrie.

În anul 1960, sub conducerea doamnei G. Dubovic, Centrul de Transfuzie a Sângelui trece într-o clădire noua, autonomă, situata pe str. Gh. Asachi din or. Chişinău, tot acolo fiind deschisă Secţia Hematologică cu 25 de paturi.

În anul 1993, subdiviziunile încadrate în colectarea, testarea şi prepararea sângelui de donator din Centrul Republican de Transfuzie a Sângelui au fost transferate în clădirea fostului spital de traumatologie din str. Academiei 11, unde până în prezent se afla sediul Centrului Naţional de Transfuzie a Sângelui.

Această ultimă denumire vine din data intrării în vigoare a Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 1050, din 04.10.2001, prin care Centrul Republican de Transfuzie a Sângelui este reorganizat în centrul Naţional de Transfuzie a Sângelui.

În prezent, Centrul Naţional de Transfuzie a Sângelui este o instituţie cu responsabilităţi metodice de organizare a donării şi transfuziei de sânge din Republica Moldova. Totodată, CNTS include Banca de Sânge de nivel terţiar a republicii.

Din momentul desfăşurării activităţii Centrul Republican, actualul Centru Naţional de Transfuzie a Sângelui, a fost condus de: G. Dubovic, S. Traian, V. Scurtu, G. Nistiriuc, I. Midrigan, I. Grama, V. Cojocaru, L. Catrinici.

25.2. ORGANE REGULATORII ALE SERVICIULUI DE SÂNGE

- Comisia interdepartamentală pentru supravegherea realizării Programului naţional, instituită prin HGRM.
- Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova.
- Comitetul Naţional de Hemovigilenţă.
- Consiliul de Evaluare şi Acreditare în Sănătate.
- Agenţia Medicamentului.
- Centrul Ştiinţifico - Practic Medicină Preventivă.

25.3. REGLEMENTAREA SERVICIULUI DE SÂNGE

În ultimii ani activitatea Serviciului de Sânge se desfăşoară în temeiul următoarei baze normative:

1. Legea Republicii Moldova nr. 1458-XII din 25.05.1993 „Privind donarea de sânge" (Monitor, 1993, nr. 7, art. 212).
2. Legea ocrotirii sănătăţii nr. 411-XIII din 28 martie 1995.
3. Hotărârea Guvernului Republici Moldova nr. 1050 din 4 octombrie 2001 „Cu privire la aprobarea Programului naţional de dezvoltare a Serviciului de sânge pe anii 2002-2006" (MO 12.10.2001 nr. 124-125, art. 1120);
4. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova din 08.05.07 „Cu privire la aprobarea Programului naţional „Securitatea Transfuzională şi autoasigurarea cu preparate sangvine pentru anii 2007-2011".

25.4. OPTIMIZAREA ORGANIZATORICĂ ŞI ECONOMICĂ A ACTIVITĂŢII SERVICIULUI DE SÂNGE

Pentru organizarea adecvată a activităţilor în cadrul serviciului s-au elaborat un şir de reglementări corelate cu cerinţele internaţionale din domeniu:

- Ghidul pentru prepararea, utilizarea şi asigurarea calităţii componentelor sangvine.
- Instrucţiunea cu privire la transfuzia componentelor sangvine.
- Statutul Centrului Naţional de Transfuzie a Sângelui;
- Statutul Centrului Regional de Transfuzie a Sângelui;
- Statutul Secţiei de Transfuzie a Sângelui;
- Statutul Cabinetului de Transfuzie;
- Statutul şi componenţa Comitetului Naţional Hemovigilenţă;
- Statutul Comitetului Transfuzional Spitalicesc.

Corespunzător ordinului Ministrului Sănătăţii nr.46 din 31.01.2006, CNTS este responsabil de colectarea, evaluarea, monitorizarea şi analiza datelor statistice ale compartimentului Asistenţa hemotransfuzională în sistemul sănătăţii al ţării.

Asigurarea asistenței transfuzionale în Republica Moldova, organizată în perioada anilor 2002-2006 în corespundere cu Programul național pentru perioada respectivă, a avut drept scop consolidarea serviciului și optimizarea lui organizatorică și funcțională. Concomitent, antrenând în activități concrete alte servicii ale sistemului sănătății, autoritățile administrațiilor publice centrale și locale, organizațiile obștești și nonguvernamentale, comunitatea, s-a reușit de a schimba atitudinea față de donarea de sânge prin apariția categoriei de donatori voluntari neremunerați. nemotivați.

Ca urmare a obiectivelor de bază în perioada respectivă s-a obținut optimizarea organizatorică și economică a activității Serviciului de Sânge.

Serviciului de Sânge al republicii a asigurat în perioada respectivă deservirea capacității instituțiilor medicale de diferit tip organizatoric de 20 423 de paturi.

Corespunzător Programului național, Serviciul (cu excepția sectoarelor de Est ale Republicii Moldova) s-a reorganizat după principiul geografic și a fost eșalonat în patru niveluri (*figura 71*):

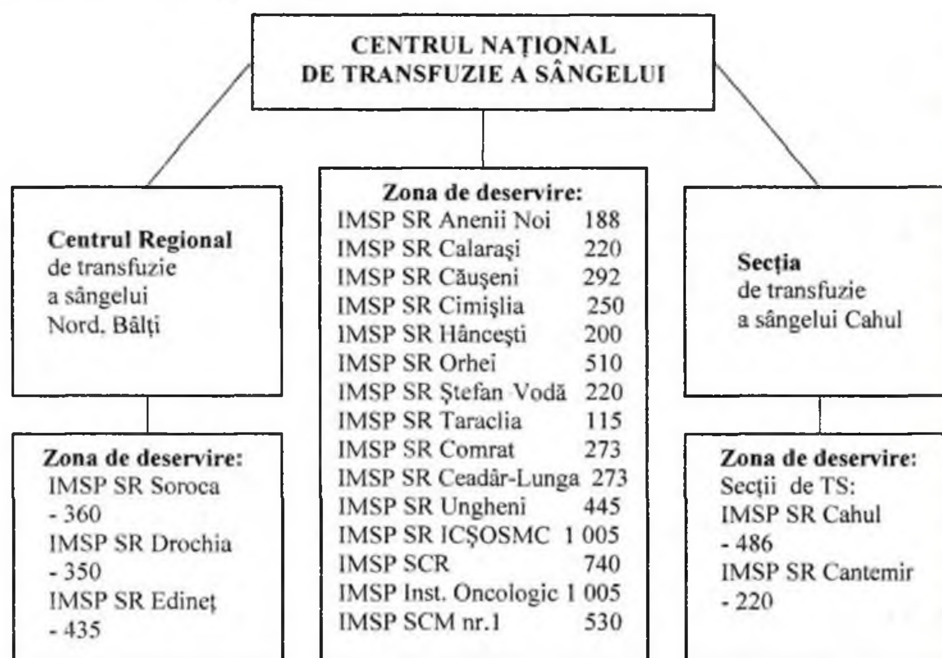


Figura 71. **Eșalonarea Serviciului Sângelui după principiul geografic**

- Centrul Național de Transfuzie a Sângelui (CNTS), banca de sânge – nivel național;
- Centrul Regional de Transfuzie a Sângelui Nord (Bălți) și Secția de Transfuzie a IMSP SR Cahul cu responsabilități pentru zona de Sud. băncile de sânge – nivel regional;
- Secțiile de Transfuzie a Sângelui în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice – 20 de unități – băncile de sânge – nivel raional;
- Cabinetele de Transfuzie a Sângelui în cadrul instituțiilor medico-sanitare, 23 de unități – băncile de sânge ale staționarelor.

Funcționalitatea pe niveluri a Serviciului de Sânge permite centralizarea examinării sângelui de donator în laboratoarele acomodate tehnologic. În aceste scopuri în Centrele de transfuzie a sângelui, cu excluderea diversității algoritmului de testări, respectiv se asigură şi securitatea transfuzională imunologică şi pentru infecţii hemotransmisibile.

Întregul ciclu de preparare a componentelor şi preparatelor biomedicale din sânge s-a inclus în Centrele amplasate în Chişinău şi Bălți, iar Secţia de Transfuzie a IMSP SR Cahul - Serviciul de transfuzie cu responsabilități regionale „Sud" asigură colectarea, testarea şi va efectua în perspectivă fracționarea primară a sângelui.

Situația privind asigurarea cu cadre în SS, în dinamica ultimilor 3 ani, atestă că statele de personal şi structura lor a fost neînsemnat modificată. Se constată un flux majorat de specialişti cu studii medii medicale şi personal tehnic-auxiliar.

Specialişti cu studii superioare medicale

Gradul de completare a funcţiilor cu studii superioare medicale conform statelor de personal constituie 84,3 la sută în anul 2006 şi 72,7 la sută în anul 2004.

Pentru fiecare medic-persoană fizică revine 1,7 funcţii în 2006 față de 1,96 în 2004.

Specialişti cu studii medii medicale

Gradul de completare a funcţiilor cu studii medii medicale în anul 2006 a constituit 85,4%, iar în anul 2005 a atins 92,3 %.

Pentru fiecare asistent medical revine un efort în medie de 1,3 funcţii.

Structura după vârstă pentru specialiştii cu studii medicale:

46 % – colaboratori în vârstă de 30-50 de ani;
21 % – colaboratori în vârstă de 18-30 de ani;
17 % – colaboratori în vârstă de 50-60 de ani;
16% din colaboratori sunt pensionari.
90% din colaboratori sunt femei.

Categoria superioară este atribuită la 49% din numărul medicilor.
Categoria I la 14% din numărul medicilor.
Categoria II la 1,6% din numărul medicilor.
Fără categorie la 35,4% din numărul medicilor.

Finanțarea serviciului se asigură din alocații bugetare corespunzător programului național aprobat, cu suportul suplimentar din proiecte investiționale. Pentru perioada 2005-2008 este ratificat prin Legea Republicii Moldova nr.77-XVI din 12 mai 2005 Acordul-cadru de împrumut dintre Banca pentru Dezvoltare a Consiliului Europei şi Republica Moldova, semnat la 5 ianuarie 2005 în sumă de 6 mln. euro.

25.5. ASIGURAREA CALITĂȚII ŞI SECURITĂȚII PRODUSELOR SANGVINE

Mecanismul de organizare a achiziţionării centralizate pentru întreg serviciul de consumabile şi tehnici medicale a contribuit la unificarea materialelor consumabile şi a testelor de diagnostic utilizate pentru colectarea şi examinarea sângelui de donator, asigurând, astfel, un nivel sigur de calitate şi securitate hemotransfuzională.

Asigurarea calității şi securității produselor sangvine la toate etapele, de la recoltare până la transfuzie, este un obiectiv primordial în organizarea activității Serviciului de Sânge.

În serviciu se implementează principiile moderne de preparare (BPP) a produselor sanguine labile:

- control de calitate şi testele de performanţă;
- audituri interne şi externe;
- personalul şi prognozarea;
- baza tehnico-materială, echipamentul şi materialele;
- documentaţia;
- prelucrarea sângelui;
- plângeri şi returnarea produselor sangvine labile.

În corespundere cu „Ghidul pentru prepararea, utilizarea şi asigurarea calităţii componentelor sangvine" elaborat în temeiul Ghidului oferit în Recomandarea nr. R(95)15 a Comitetului de Miniştri a Consiliului Europei s-au ajustat tehnologiile de colectare şi prelucrare a materiei prime pentru procesarea componentelor şi preparatelor de sânge.

Sunt implementate cerinţele exigente şi concrete faţă de toată nomenclatura produselor sangvine labile procesate în republică.

Sunt aplicate metodele de lucru în laborator:

- imuno-hematologia;
- depistarea marcherilor infecţioşi;
- controlul echipamentului;
- validarea;
- sistemul de procesare a datelor;
- arhivarea.

Promovarea continuă a donării voluntare a sângelui este apreciată în politica transfuzională drept condiţia de bază pentru o securitate transfuzională inofensivă.

Acţiunile manageriale includ drept obiectiv scontat schimbarea atitudinii comunităţii faţă de donarea sângelui, începând cu nivelul preşcolar şi preuniversitar, abordându-l ca un act civil de valoare, fiind posibil pe fundalul unui mod sănătos de viaţă.

În acest scop este practicată implicarea persoanelor, care formează opinia publică şi care pot servi drept exemplu demn de a fi urmat.

Desfăşurarea evenimentelor de campanie, cât şi a materialelor, produselor de promovare a donării voluntare de sânge la nivel naţional. Implicarea utilizatorilor şi publicului la promovarea donării voluntare. Pregătirea şi organizarea evenimentelor publice cu participarea persoanelor publice, politicienilor, organizarea conferinţelor de presă pentru a promova tema.

Lansarea paginii oficiale (web) cu asigurarea accesului populaţiei la informaţia privind politicile promovate în domeniul transfuziologiei, recrutării donatorilor benevoli, sistematici şi neremuneraţi este o condiţie de asigurare a securităţii transfuzionale.

Dezvoltarea recomandărilor naţionale pentru sporirea continuă a donării voluntare.

Antrenarea serviciilor publice, obşteşti, nonguvernamentale şi private în oferirea diferitor facilităţi şi menţionări pentru donatorii voluntari sistematici la obţinerea biletelor pentru muzee, diverse evenimente culturale, teatre, meciuri de fotbal şi alte activităţi culturale organizate în ţară.

Numărul de donatori începând cu anul 1999 s-a redus brusc de la 48 592 la 36 598 în anul 2001. Apoi se constată o majorare treptată atingând capacitatea de 67 342 donatori în anul 2006.

Din anul 2003 apare categoria de autodonatori şi se reduce la minimum numărul donatorilor contra plată.

În anul 2005, pe fundalul conlucrării eficiente a Serviciului de Sânge cu autorităţile administraţiei publice locale se iniţiază „Zilele de donare în localităţi", care contribuie la apariţia donatorilor voluntari, nemotivaţi, neremuneraţi, fapt ce permite de a micşora efortul ce le revine rudelor pacienţilor.

Numărul total de donatori la 1 000 de locuitori s-a majorat de la 10 până la 18 în anul 2006. În acelaşi ritm s-a majorat numărul donaţiilor, atingând în anul 2006 74 117, constituind un indice de 20,6 la 1 000 de locuitori.

25.6. COLECTAREA SÂNGELUI ŞI PRODUCEREA PREPARATELOR SANGVINE

În lumea mondială anual se procesează peste 75 milioane doze de sânge. Conform Raportului Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii pentru anii 2002-2003 numai 83 la sută din populaţia lumii au acces la 40% din rezerva existentă.

Organizarea acţiunilor de colectare a sângelui/plasmei de la donatori, screeningul la infecţiile hemotransmisibile şi crearea Băncii de sânge pentru a acoperi necesităţile atât pentru asistenţă sigură cu componente sangvine oferită în urgenţe medicale, cât şi în posibilele circumstanţe speciale (catastrofe, cutremure, terorism, război).

Dinamica colectării sângelui în Republica Moldova prezintă o dinamică ritmică de majorare, corespunzător cu majorarea cerinţelor de către utilizatori.

Obiectivul important în dinamica ultimilor ani a fost orientat spre calitate, eficienţa componentelor sangvine procesate, cu o majorare treptată a cantităţii.

Începând cu anul 2002, s-a introdus metoda de colectare a plasmei prin plasmofereză automată, o posibilitate de a influenţa producerea componentelor în concordanţă cu solicitarea şi utilizarea optimală.

Serviciul de Sânge a asigurat solicitările instituţiilor medico-sanitare la poziţia Concentrat de plachete şi Crioprecipitat, care se utilizează preponderent în secţiile hematologice pentru maturi şi copii.

În Centrul Naţional de Transfuzie a Sângelui şi Centrul Hemotransfuzii Bălţi este organizată producerea preparatelor sangvine stabile (albumină, polibiolină, imunoglobuline etc.), care se eliberează instituţiilor medico-sanitare în baza de contract, financiar acoperită în cadrul programului naţional.

Pe parcursul ultimelor decenii, o atenţie tot mai mare se acordă transfuziei sângelui şi a componentelor sangvine sigure, ajustând la scara internaţională standardele şi recomandările pentru ridicarea securităţii transfuzionale.

25.7. PERSPECTIVA DEZVOLTĂRII SERVICIULUI DE SÂNGE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Perspectiva acţiunilor pe termen scurt şi de durată este orientată spre asigurarea autoaprovizionării Băncilor de sânge cu componente necesare şi spre sporirea

disponibilităţii sângelui pentru urgenţele medicale şi alte circumstanţe speciale ale ţării, inclusiv şi pentru servicii transnaţionale.

Antrenarea serviciilor publice, nonguvernamentale, comunităţii presupune obţinerea realizărilor la următoarele compartimente:

Aspecte sociale:

– Educarea şi acceptarea de către comunitate a importanţei şi siguranţei donării de sânge exprimată prin act voluntar şi neremunerat bazat pe promovarea modului sănătos de viaţă.

– Atitudini oneste faţă de necesitatea autoasigurării Băncilor de Sânge cu componente sangvine.

Aspecte medicale:

– Perfecţionarea funcţionalităţii şi eficienţei serviciului de sânge prin implementarea managementului sistemului de calitate.

– Crearea şi menţinerea calităţii înalte a sângelui şi produselor sangvine de la colectare şi până la transfuzie prin promovarea principiilor bunelor practici şi standardelor respective.

– Implementarea unui sistem de administrare a calităţii cu colaborarea şi angajamentul tuturor structurilor implicate în lanţul de transfuzie a sângelui.

– Consolidarea structurilor serviciilor de sânge cu stabilirea mecanismelor unice de planificare, evaluare şi monitorizare.

– Promovarea încrederii reciproce şi posibilitatea de acceptare a calităţii sângelui la toate nivelurile prin sprijin instituţional, cooperarea şi comunicarea deschisă între toţi cei implicaţi în această activitate, inclusiv utilizatorii (serviciile clinice).

– Rolul instituţiilor medico-sanitare va fi accentuat, constituind premisa utilizării optimale a sângelui, indiferent de nivelul şi structura sistemului de sănătate al ţării;

– Evidenţierea rolului instituţiei medico-sanitare şi al medicilor, precum şi al altor lucrători din domeniul sănătăţii, pentru asigurarea unui nivel înalt de calitate, siguranţă şi eficacitate a transfuziei sângelui;

– Stabilirea aspectelor organizatorice, economice, educaţionale şi clinice ale hemoterapiei, alternativelor curative şi definirea la nivel naţional şi instituţional a sarcinilor şi responsabilităţilor;

– Promovarea stabilirii unei structuri corespunzătoare pentru comitetele spitaliceşti de transfuzie din diferite domenii cu scopul implementării unui sistem al calităţii pentru administrarea utilizării clinice a sângelui şi produselor sangvine.

– Stabilirea standardelor de utilizare optimală a resurselor sangvine şi despre disponibilitatea vectorului de consumare a produselor.

– Monitorizarea şi evaluarea acţiunilor aplicate în ţară în contextul unui sistem de asigurare a calităţii provizorii de sânge şi utilizarea lor eficientă de către medici.

– Evaluarea datelor ştiinţifice adecvate despre necesităţile produselor de sânge şi a plasmei, despre consumarea lor în diferite instituţii pentru a asigura posibilităţi egale diferitor spitale de a dispune de sânge inofensiv, în cantităţi adecvate, prin schimbul componentelor sangvine dintre diferite Bănci de sânge.

Aspecte tehnice:

– Fondarea unui Sistem informaţional naţional cu perspectivă regională pentru identificarea rapidă a disponibilităţii sangvine.

– Formarea mecanismelor pentru transportarea rapidă a sângelui.

aspecte de securitate a ţării:

– Disponibilitatea şi încrederea în securitatea şi calitatea componentelor sangvine pentru corpul diplomatic ataşat în Republica Moldova şi invitaţii ţări.

– Asistenţă sigură cu componente sangvine oferită în urgenţe medicale ale posibilelor circumstanţe speciale (catastrofe, cutremure, terorism, război).

Specificul Serviciului de Sânge impune atitudini exigente faţă de instruirea personalului angajat, competenţele profesionale şi abilităţi.

Programele de instruire respectă cerinţele pe lângă capacităţile de bază, flexibilitate în perfecţionare şi modificare cu un accent pe calitate în toate aspectele pentru procedurile pe traseul de la „vena donatorului" până la „vena recipientului".

SISTEMUL ASISTENȚEI CU MEDICAMENTE

26.1. ASPECTE GENERALE

Sistemul asistenței cu medicamente a populației este parte componentă a serviciului farmaceutic, care la rândul său este indispensabil sistemului ocrotirii sănătății. Scopul principal al serviciului farmaceutic constă în asigurarea oportună a populației şi instituțiilor curativo-profilactice cu medicamente eficiente, inofensive, de bună calitate şi accesibile, precum şi cu alte obiecte de uz medical (materiale de pansament, obiecte de îngrijire a bolnavilor etc.). Astfel, sistemul asistenței cu medicamente prezintă o verigă de legătură între producătorii şi furnizorii de medicamente şi consumatori.

Activitatea practică a sectorului farmaceutic se bazează pe un complex întreg de ştiințe farmaceutice, dintre care principalele sunt: tehnologia medicamentelor, chimia farmaceutică, farmacognozia, farmacologia, managementul şi marketingul farmaceutic.

În conformitate cu Legea Republicii Moldova cu privire la activitatea farmaceutică, din numărul întreprinderilor farmaceutice fac parte: uzinele chimico-farmaceutice şi laboratoarele de microproducție, depozitele farmaceutice, farmaciile, laboratoarele de control al calității medicamentelor. Aceste întreprinderi pot fi publice (de stat) sau private.

Locul principal în asistența cu medicamente îl ocupă farmacia.

26.2. CLASIFICAREA FARMACIILOR

Unul din principiile de bază de clasificare a farmaciilor este particularitatea asistenței cu medicamente, conform căreia se deosebesc două tipuri de farmacii: comunitare şi de spital. Celelalte principii de clasificare (particularitățile procesului de producție, administrative, de amplasare) sunt secundare şi pot fi îmbinate cu principiul de bază. De exemplu, farmacia producătoare de medicamente poate fi comunitară, de spital sau interspitalicească, autogestionară sau bugetară.

Farmacia comunitară asigură cu medicamente şi alte produse medico-farmaceutice populația prin achitare contra numerar. În unele cazuri poate deservi şi instituții medico-sanitare.

Farmacia interspitalicească deserveşte câteva instituții curativo-profilactice, nu deserveşte populația şi îşi îndeplineşte funcția financiar-economică în bază de autogestiune.

Farmacia instituției medico-sanitare nu deserveşte populația, îşi acoperă cheltuielile în baza bugetului, şi funcționează ca secție a instituției medico-sanitare respective.

26.3. PRINCIPIILE ACTIVITĂŢII ŞI EXTINDERII FARMACIILOR COMUNITARE

Reieşind din Legea Republicii Moldova cu privire la activitatea farmaceutică, această activitate „este o funcţie practico-ştiinţifică a ocrotirii sănătăţii, care include cercetări şi inovaţii de creaţie, standardizare, înregistrare, producere, preparare, control al calităţii, păstrare, informare, livrare şi desfacere către populaţie a medicamentelor, precum şi exercitarea funcţiilor de conducere cu unităţile farmaceutice şi subdiviziunile lor".

Principiile de bază ale activităţii şi extinderii farmaciilor sunt:

- accesibilitatea maximă a asistenţei cu medicamente, amplasarea farmaciilor în preajma instituţiilor medico-sanitare;
- asigurarea unităţii între asistenţa medicală şi cea farmaceutică, unirea eforturilor medicului şi a farmacistului pentru beneficiul pacientului;
- existenţa întreprinderilor şi instituţiilor farmaceutice cu două tipuri de proprietate: publică, privată şi sub orice formă de proprietate;
- deservirea necondiţionată a populaţiei cu medicamente conform reţetei medicului;
- livrarea medicamentelor de calitate în corespundere cu cerinţele tehnico-normative;
- respectarea normelor etice de promovare a medicamentelor;
- perfecţionarea permanentă a metodelor de analiză şi preparare a medicamentelor;
- asigurarea continuităţii studiilor pentru cadrele farmaceutice pe parcursul întregii perioade de activitate a fiecărui specialist;
- aplicarea a astfel de forme de muncă care ar permite reducerea la minim a cheltuielilor de timp pentru primirea reţetelor, prepararea şi livrarea medicamentelor;
- asistenţa populaţiei cu medicamente pe parcursul zilei de muncă;
- folosirea pe larg a resurselor locale de remedii medicamentoase şi îndeosebi a plantelor medicinale.

26.4. EXTINDEREA ŞI AMPLASAREA REŢELEI FARMACEUTICE

Extinderea şi amplasarea optimă a reţelei farmaceutice este una din condiţiile importante ale asistenţei satisfăcătoare cu medicamente a populaţiei.

Principiul general al extinderii şi amplasării reţelei farmaceutice este accesibilitatea maximă a asistenţei populaţiei cu medicamente.

În Republica Moldova amplasarea farmaciilor se realizează în corespundere cu normativele de extindere şi principiile de amplasare a farmaciilor adoptate de Ministerul Sănătăţii.

Extinderea şi amplasarea farmaciilor trebuie să asigure:

- satisfacerea deplină şi oportună a necesităţilor populaţiei în remedii medicamentoase şi alte produse medico-farmaceutice;
- ridicarea nivelului de organizare a asistenţei cu medicamente;

- creşterea numerică a instituţiilor farmaceutice;
- rentabilitatea farmaciilor autogestionare;
- desăvârşirea formelor şi modalităţilor de asistenţă cu medicamente.

Extinderea reţelei farmaceutice se înfăptuieşte conform unor normative speciale şi este în funcţie de factorii demografici. Normativele reprezintă numărul de populaţie ce revine la o farmacie, numărul de farmacişti ce revin la 100 mii locuitori şi distanţa minimă până la unitatea farmaceutică, ce realizează funcţia de preparare a medicamentelor extemporale.

Extinderea şi amplasarea farmaciilor în localităţile urbane are loc nu numai în conformitate cu principiile stabilite prin ordinul Ministerului Sănătăţii, ci şi cu planul general de reconstrucţie a urbei. Farmaciile se amplasează prioritar în complex cu instituţiile curativo-profilactice.

În localităţile rurale construcţia de farmacii, de asemenea, se face în funcţie de prezenţa în localitatea dată a unităţilor medicale. Se ţine cont şi de faptul ce fel de localitate este cea pretinsă pentru amplasarea farmaciei: localitate-centru de atracţie; comună obişnuită.

Sarcina farmaciei comunitare este asistenţa (asigurarea) populaţiei, instituţiilor medico-sanitare şi altor instituţii cu medicamente, obiecte de sanitărie, igienă, de îngrijire a bolnavilor, materiale de pansament, remedii de dezinfecţie etc.

Funcţiile farmaciei comunitare sunt:

- de producţie – farmacia se ocupă cu prepararea medicamentelor, obţinerea apei purificate, producerea de medicamente în stoc, concentrate şi semifabricate, divizări etc.;
- de asistenţă cu mărfuri medico-farmaceutice a populaţiei;
- de furnizare a mărfurilor medico-farmaceutice instituţiilor curativo-profilactice şi altor instituţii şi organizaţii;
- de comerţ – eliberarea mărfurilor medico-farmaceutice fără reţeta medicului;
- de control – efectuează controlul calităţii medicamentelor la toate etapele procesului de producţie şi circulaţie;
- de informare – informarea personalului medical despre medicamentele noi recepţionate, despre absenţa unor medicamente, despre noi regulamente şi instrucţiuni etc.;
- de educaţie sanitară a vizitatorilor farmaciei cu privire la combaterea deprinderilor dăunătoare, la modul de păstrare şi administrare a medicamentelor;
- de colectare a plantelor medicinale;
- medicală - acordarea de prim ajutor în diverse cazuri de urgenţă ce pot avea loc la adresarea bolnavilor în farmacie;
- financiar-economică – asigurarea acoperirii cheltuielilor din veniturile proprii, relaţiile cu banca şi organele financiare.

26.5. REGIMUL DE LUCRU AL FARMACIILOR

Regimul de lucru al majorităţii covârşitoare a farmaciilor trebuie să fie organizat în două schimburi cu 6 zile de lucru în săptămână, iar al farmaciilor "de gardă" – cu 7 zile de lucru în săptămână.

Lucrul farmaciilor rurale (săteşti) se organizează în aşa mod ca să fie garantată asistenţa cu medicamente a oamenilor muncii de la sate în perioada lucrărilor agricole, la brigăzi, la ferme ş.a. De aceea regimul de lucru al farmaciilor rurale se stabileşte separat:

a) pentru perioada de primăvară – vară – toamnă;
b) pentru perioada de iarnă.

Regimul de lucru al farmaciilor în fiecare caz concret se stabileşte de comun acord cu organele ocrotirii sănătăţii şi organele administratiei publice locale.

Structura organizatorică a farmaciilor comunitare depinde de volumul de lucru. De regulă, în farmaciile cu un volum mare de lucru pot fi organizate 4 secţii: de producţie; de stocuri; de forme medicamentoase industriale; de livrare a medicamentelor fără reţete, a obiectelor de sanitarie, igienă, îngrijire a bolnavilor.

În farmaciile cu un volum de lucru mediu se organizează 2 secţii:

- de producţie şi stocuri;
- de livrare a medicamentelor fără reţete, a obiectelor de sanitarie, igienă, îngrijire a bolnavilor etc.

În celelalte farmacii nu se organizează subdiviziuni.

Personalul farmaciilor publice se divizează în 4 grupe:

- de conducere: farmacist-diriginte, diriginte-adjunct, contabil-şef, contabil, casier superior, casier;
- farmaceutic: farmacist, farmacist-tehnolog, farmacist-analist, laborant-farmacist (cu studii medii speciale);
- auxiliar: divizator (ambalatoriu), infirmieră;
- de deservire: şofer, fochist, muncitor auxiliar, servitoare etc.

Numărul personalului farmaciei depinde de volumul ei de lucru : receptura, rulajul, îndeplinirea funcţiei administrative sau absenţa acestei funcţii; unele particularităţi ale activităţii (deservirea instituţiilor medico-sanitare, modul de transportare a mărfurilor, utilizarea încălzirii autonome etc.).

Structura încăperilor farmaciei comunitare variază în funcţie de volumul de lucru şi poate include:

1. sala de deservire a populaţiei (oficina);
2. încăperile de producere a medicamentelor şi control al calităţii lor;
3. încăperile de depozitare şi păstrare a stocurilor de mărfuri;
4. încăperile administrative (biroul farmacistului-diriginte), sociale, auxiliare şi de menire gospodărească;
5. încăperile suplimentare, prevăzute pentru farmaciile ce furnizează medicamente instituţiilor medico-sanitare, cele ce colectează plante medicinale, precum şi pentru farmaciile ce îndeplinesc funcţii administrative.

Ministerul Sănătăţii a stabilit norme minime de suprafaţă pentru farmaciile comunitare şi filialele lor în funcţie de particularităţile activităţii şi locul amplasării lor.

26.6. ASISTENŢA CU MEDICAMENTE A BOLNAVILOR ÎN CONDIŢII DE STAŢIONAR

Asistenţa farmaceutică în spitale se efectuează gratis din costul alocării prevăzute pentru acest scop din bugetul Companiei Naţionale de Asigurări Medicale (CNAM) şi cel de stat şi/sau local.

Spitalele cu un volum mare de lucru sunt deservite de farmacii spitaliceşti. Instituţiile medico-sanitare care nu dispun de farmacii spitaliceşti pot fi aprovizionate cu medicamente de către farmaciile comunitare.

Toate farmaciile de spital au aceeaşi funcţie principală – aprovizionarea spitalului (spitalelor) cu medicamente şi alte produse medicale, însă se deosebesc sub aspect economic: unele din ele funcţionează pe bază de autogestiune, altele – sunt finanţate din bugetul spitalului. Farmaciile bugetare activează în calitate de subdiviziuni ale instituţiei şi se află în subordonarea medicului-şef al spitalului.

Cea mai eficientă cale de aprovizionare a spitalelor cu medicamente se realizează prin intermediul farmaciilor interspitaliceşti şi celor autogestionare de spital. În aceste farmacii pot fi create condiţii corespunzătoare pentru pregătirea calitativă a medicamentelor şi aprovizionarea cu ele a bolnavilor din staţionar.

Specificul aprovizionării instituţiilor curativo-profilactice cu medicamente corelează cu caracteristica recepturii extemporale: peste 60% din ele constituie formele medicamentoase lichide.

26.6.1. FARMACIILE AUTOGESTIONARE DE SPITAL ŞI INTERSPITALICEŞTI

Farmacia destinată pentru aprovizionarea cu medicamente a unui spital şi care activează pe bază de autogestiune totală sau internă se numeşte farmacie de spital autogestionară (FSA).

Farmacia destinată pentru aprovizionarea cu medicamente a două sau mai multe spitale şi care activează tot în baza autogestiunii totale se numeşte farmacie interspitalicească (FIS).

FIS se organizează pentru deservirea cu medicamente a instituţiilor curativo-profilactice cu un număr total de paturi nu mai mic de 500. Farmacia interspitalicească poate fi organizată şi în oraşele în care numărul total de paturi de spital se află între 100 şi 500. Afară de staţionare, FIS poate să deservească puncte medicale, instituţii de învăţământ, de asistenţă socială, sanitaro-profilactice ş.a.

Farmacia de spital autogestionară (FSA) se organizează pentru aprovizionarea cu medicamente a unui singur spital cu 500 de paturi şi mai mult, dar ea poate funcţiona şi în localităţile unde spitalul are nu mai puţin de 100 de paturi.

Aceste farmacii îndeplinesc următoarele funcţii:

- aprovizionarea instituţiilor medico-sanitare corespunzătoare cu medicamente şi alte produse medicale;
- determinarea necesarului de medicamente şi alte produse medicale în corespundere cu profilul şi specificul de lucru al instituţiei;
- realizarea indicatorilor economico-financiari şi asigurarea respectării disciplinei financiare de stat.

FSA şi FIS nu eliberează medicamente populaţiei. Ele îndeplinesc funcţiile: de preparare a medicamentelor, informativă, de aprovizionare, financiar-gospodărească etc.

În cazul autogestiunii totale, achitarea între farmacii şi spitale, pentru medicamentele prescrise, se efectuează prin intermediul băncilor, prin virament.

Farmaciile de spital, ca şi cele publice, sunt aprovizionate cu marfă de la depozitele farmaceutice.

Pentru o aprovizionare bine organizată a spitalelor farmacia întocmeşte un grafic de prezentare a bonurilor de comandă-livrare, de livrare a medicamentelor şi distribuirea lor în instituţiile medico-sanitare.

Volumul de lucru al FSA şi FIS se caracterizează printr-un singur indicator – rulajul anual (volumul circuitului de mărfuri).

Structura organizatorică a acestor farmacii depinde de numărul de paturi de spital deservite. În cazul deservirii a 1 000 de paturi şi mai mult se organizează 2 secţii: a) de producţie; b) de stocuri materiale.

Dacă farmacia deserveşte mai puţin de 1 000 de paturi, se organizează o singură secţie – de producţie.

Pentru îndeplinirea funcţiei de organizare a asistenţei cu medicamente a bolnavilor în condiţii de staţionar, instituţiile medico-sanitare care au 300 de paturi şi mai mult şi sunt aprovizionate cu medicamente prin intermediul FIS, pot institui postul de farmacist al spitalului, care se subordonează medicului-şef al instituţiei date (sau medicului-şef adjunct pe probleme curative).

Farmacistul spitalului îndeplineşte următoarele funcţii:

– primeşte bonurile de comandă-livrare din secţii, controlează corectitudinea lor şi le transmite în farmacie;

– recepţionează din farmacie comenzile în corespundere cu documentele de însoţire şi le livrează în termenele stabilite secţiilor şi cabinetelor spitalului;

– ţine o legătură permanentă cu personalul medical, informându-l sistematic despre prezenţa medicamentelor în farmacie, despre absenţa lor, despre substituenţi şi analogi, şi alte date informative;

– controlează respectarea regulilor de păstrare a medicamentelor şi în caz de necesitate aduce la cunoştinţa conducerii spitalului despre încălcările depistate.

Afară de aceasta, farmacistul spitalului studiază necesităţile în medicamente şi alte produse medicale, cercetează structura recepturii, participă la diverse întruniri ale personalului medical ş.a. Fiind o persoană gestionară, cu el se încheie un contract despre responsabilitatea materială.

26.6.2. FARMACIA INSTITUŢIEI MEDICO-SANITARE

Instituţiile medico-sanitare cu peste 100 de paturi pot să organizeze în componenţa lor farmacii bugetare întreţinute din contul bugetului spitalului, care funcţionează în calitate de subdiviziune a spitalului.

Sarcina principală a acestor farmacii este aprovizionarea secţiilor instituţiei medico-sanitare cu medicamente, materiale de pansament, obiecte de îngrijire a bolnavilor şi alte confecţii medicale. Astfel, FIMS îndeplineşte următoarele funcţii: de producţie, de aprovizionare, de control, de informare. Farmacia trebuie să fie permanent aprovizionată cu rezervele necesare de vaccinuri, seruri, preparate antibacteriene. Farmacia de spital are încăperi: de producere, boxe-materiale, uzual-auxiliare.

Particularităţile activităţii de producţie a acestor farmacii sunt în funcţie de structura recepturii lor, care este prezentată în *tabelul 69*. Pe parcursul ultimilor ani se atestă o scădere esenţială a recepturii extemporale în FIMS.

Tabelul 69

Structura recepturii farmaciei instituţiei medico-sanitare

Denumirea formei medicamentoase	%
Forme industriale	44,4
Forme magistrale (extempore): inclusiv	55,6
– lichide	49,8
– pulberi	20,8
– sterile	21,7
– unguente	3,3
– supozitoare	0,4
– plante medicinale şi specii	0,8
– alte forme	5,2

FIMS este dirijată de farmacistul-diriginte care se subordonează medicului-şef. Farmacistul-diriginte al FIMS este instituit în post conform ordinului medicului-şef. Orele de lucru ale FIMS se stabilesc de către medicul-şef. Inventarierea şi revizia bunurilor materiale se efectuează de către o comisie specială instituită de mediul-şef al spitalului.

Definitivarea, livrarea şi utilizarea medicamentelor în secţiile şi cabinetele instituţiilor medico-sanitare. Bonurile de comandă-livrare sunt prezentate în farmacii periodic, în conformitate cu un grafic întocmit în prealabil. Analogic reţetelor, bonurile de comandă sunt supuse unui control riguros, se taxează şi se înregistrează.

Alcoolul etilic şi stupefiantele se livrează spitalelor în conformitate cu normativele în vigoare.

În funcţie de forma medicamentoasă şi de modul de administrare medicamentele preparate „ex tempore" şi destinate bolnavilor în condiţii de staţionar se etichetează după cum urmează: „Intern", „Intern pentru copii", „Extern", „Picături oftalmice", „Unguent oftalmic".

În corespundere cu normativele în vigoare, fiecare din etichetele indicate mai sus vor conţine următoarele rechizite:

– denumirea întreprinderii medicale (farmaceutice) în care intră farmacia;
– farmacia nr. ___ (sau denumirea de firmă);
– spitalul nr. ___ (sau denumirea),
– secţia __________;
– data (preparării);
– componenţa medicamentului;
– termenul valabilităţii;
– a pregătit ______, a controlat ______, a eliberat ______;
– analiza nr. ___;
– modul de administrare sau forma medicamentoasă.

Începând cu 01.07.2007, Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova a interzis prepararea soluţiilor parenterale sterile în condiţiile farmaciilor de spital.

Componenţa medicamentului se indică în limba latină sau română, se scrie de mână sau se aplică ştampila.

Pe etichetele formelor medicamentoase cu conținut de substanțe toxice și stupefiante se indică „A" cu tuș negru, iar pe etichetele substanțelor din grupa separanda se indică „B" cu tuș de culoare roșie.

Studiindu-se frecvența prescripțiilor, etichetele cu denumirea remediilor mai des folosite pot fi tipărite în prealabil la tipografie, ceea ce sporește productivitatea muncii personalului farmaceutic, precum și gradul de cultură al definitivării formelor medicamentoase preparate în farmacie.

Medicamentele pregătite pentru livrare se concentrează în încăperea pentru completarea și livrarea produselor farmaceutice. Această încăpere se amenajează cu turnante speciale, dulapuri și mese cu sertare și secții marcate conform secțiilor și cabinetelor instituției medico-sanitare deservite.

Medicamentele toxice și stupefiantele, din momentul preparării și până în momentul livrării, se păstrează într-un dulap încuiat. Livrarea medicamentelor se efectuează de către farmacist, care împreună cu lucrătorul medical ce recepționează marfa, controlează veridicitatea etichetării formelor medicamentoase, cantitățile și explică modul de păstrare și termenele valabilității.

În instituțiile medico-sanitare cu un volum mare de lucru distribuirea medicamentelor poate fi efectuată nemijlocit în secții și cabinete. Succesiunea distribuirii și recepționării produselor medicale în secții o stabilește medicul-șef ținând cont de condițiile concrete.

Medicamentele prescrise sunt predate asistentei medicale superioare a secției sau a spitalului al cărei nume este indicat în bonul de comandă-livrare.

Livrarea medicamentelor din farmaciile autogestionare (FSA, FIS și publică) se efectuează conform procurii, termenul de valabilitate al căreia nu va depăși un trimestru, iar pentru medicamentele toxice și stupefiante – 1 lună.

Faptul livrării-recepționării medicamentelor se confirmă prin semnarea bonurilor de comandă-livrare de către farmacist și asistenta medicală.

Un exemplar al bonului de comandă-livrare rămâne în farmacie și se păstrează după cum urmează:

- bonurile pentru medicamente cu conținut de substanțe toxice – 2 ani;
- cu conținut de stupefiante – 5 ani;
- celelalte bonuri – 1 an.

Toate medicamentele se livrează spitalelor numai în formă definitivată, pregătită pentru administrare. Se interzice pregătirea medicamentelor, divizarea lor, cântărirea, transvazarea, schimbarea ambalajului sau a etichetei în afara farmaciei. Medicamentele se păstrează numai în ambalaj original (industrial sau farmaceutic) fiind depozitate în dulapuri încuiate și care se află lângă postul de gardă al personalului medical.

Medicamentele toxice se păstrează în dulapuri metalice sau de lemn încuiate, iar stupefiantele – în seifuri sau dulapuri metalice. Pe partea interioară a ușii dulapului (seifului) se indică „A" și lista medicamentelor toxice, doza maximă pentru o dată și pentru 24 de ore.

Remediile din grupa separanda (lista „B") se păstrează în dulapuri separate, de asemenea încuiate.

Este interzisă păstrarea medicamentelor din listele „A" și „B" în dulapuri medicale de sticlă destinate instrumentarului medical.

În sălile de operații, de pansamente, proceduri ş.a. medicamentele se păstrează în dulapuri de sticlă sau pe mese chirurgicale. Formele medicamentoase interne, externe şi parenterale (injectabile) se vor afla pe poliţe diferite.

Cheile de la dulapurile în care se păstrează preparatele „A" şi „B" se află la persoanele responsabile de aceste preparate. În orele nocturne cheile se transmit medicului de gardă.

La locurile de păstrare a medicamentelor, lângă posturile de gardă ale medicilor şi asistentelor medicale se afişează tabele cu:

- dozele maxime pentru o dată;
- dozele pentru 24 de ore;
- antidoturile folosite în caz de intoxicaţii.

În secţiile şi cabinetele instituţiilor medico-sanitare se supun evidenţei cantitative următoarele medicamente:

- stupefiantele;
- psihotropele;
- toxicele (sulfatul de atropină, dicaina, azotatul de argint).

Responsabilitatea pentru folosirea raţională precum şi pentru evidenţa şi păstrarea corespunzătoare a medicamentelor o poartă şeful instituţiei medico-sanitare sau şeful secţiei.

26.7. PARTICULARITĂŢILE ACTIVITĂŢII FARMACIEI DE SPITAL ÎN CONDIŢII DE FINANŢARE LIMITATĂ A MEDICAMENTELOR

Distribuirea medicamentelor în spital. Principiul de bază în prescrierea medicamentelor (împreună cu individualizarea) trebuie să devină personalizarea prescripţiilor pentru bolnavii spitalizaţi. În bonul de comandă-livrare orice prescriere de medicament(e) sau alt produs (articol) de uz medical trebuie să se facă pe numele bolnavului spitalizat.

Farmacia de spital trebuie să organizeze lucrul de perfectare a etichetelor şi de eliberare a medicamentelor, astfel încât comenzile executate să conţină numele bolnavului.

Schemă de distribuire a medicamentelor către bolnavii spitalizaţi este reprezentată în *figura 72*:

Figura 72

Activitatea punctului de distribuire a medicamentelor în secţie este organizată conform graficului aprobat de medicul-şef adjunct pe probleme curative şi coordonat cu farmacistul-diriginte al farmaciei de spital. În cazul în care situaţia aprovizionării cu cadre nu permite organizarea punctelor de distribuire a medicamentelor în secţie, această funcţie este realizată de către asistenta şefă a secţiei, care primeşte din farmacie medicamentele în măsura necesităţilor.

Este strict interzisă vânzarea medicamentelor de către personalul medical, cu excepţia cazurilor prevăzute de actele normative legale.

Utilizarea rațională a medicamentelor. Modalitatea conform căreia se formează sortimentul şi comanda de medicamente a spitalului se bazează pe următoarea schemă:

a. Organizarea Comitetului Formularului Farmacoterapeutic al instituției medicale.
b. Elaborarea Formularului Farmacoterapeutic al instituției medicale (în baza Formularului Farmacoterapeutic Național, schemelor minime de tratament al celor mai răspândite boli şi stări patologice, informației statistice despre contigentul de bolnavi supuşi tratamentului medicamentos pe parcursul anului precedent şi a recomandărilor respective).
c. Determinarea valorii consumului mediu pentru un bolnav la o cură de tratament în raport cu fiece medicament inclus în Formularul Farmacoterapeutic al instituției medicale.
d. Calculul necesarului pentru fiecare medicament inclus în Formularul Farmacoterapeutic al instituției medicale.
e. Precizarea volumului alocațiilor bugetare destinate pentru procurarea medicamentelor.
f. Calculul coeficienților de corecție pentru necesarul fiecărui medicament.
g. Determinarea necesarului anual real de medicamente pentru spital şi a necesarului lunar, săptămânal, zilnic.

Procurarea medicamentelor trebuie să se efectueze în conformitate cu prevederile legale referitoare la achizițiile prin concurs.

O deosebită atenție se acordă întocmirii şi corecției periodice a Formularului Farmacoterapeutic al spitalului.

Sumele economisite în urma procurării prin concurs a medicamentelor se folosesc pentru lărgirea sortimentului din Formular şi a volumului necesarului materializat. La un nou nivel calitativ se realizează şi funcția informațională a farmaciei de spital:

a. personalul medical va fi informat operativ despre recepționarea medicamentelor absente;
b. farmacistul responsabil de informația despre medicamente va informa personalul medical în cadrul conferințelor săptămânale despre medicamentele noi, substituenții medicamentelor absente, noile proprietăți ale medicamentelor cunoscute etc.

Comitetul Formularului Farmacoterapeutic al instituției medicale este obligat să efectueze un examen permanent al respectării principiilor de utilizare rațională a medicamentelor.

Evidența şi gestiunea. În vederea protejării integrității patrimoniului statului dat în folosință instituției medicale, în farmacia de spital se aplică evidența cantitativ-valorică a medicamentelor şi altor produse farmaceutice.

În farmacia de spital se ține evidența şi gestiunea intrărilor, ieşirilor şi stocurilor de medicamente, altor produse farmaceutice, precum şi a formelor medicamentoase preparate aici.

Evidența şi gestiunea în farmacia bugetară, secția (filiala) ei extrabugetară, secțiile şi cabinetele spitalului se organizează astfel, încât să poată fi urmărită circulația oricărui medicament din farmacie până la pacient.

Evidenţa contabilă a activităţii farmaciei de spital se ţine separat pentru activitatea pe principiu de buget şi pentru cea extrabugetară.

Controlul şi supravegherea. Controlul şi supravegherea utilizării raţionale a medicamentelor şi altor produse farmaceutice, precum şi a folosirii alocaţiilor bugetare şi mijloacelor extrabugetare pentru procurarea medicamentelor se organizează la două niveluri:

– *republican* – de către Ministerul Sănătăţii, Inspectoratul Farmaceutic şi alte organisme abilitate cu funcţie de control de stat;
– *de instituţie medicală* – de către Comitetul Formularului Farmacoterapeutic al instituţiei medicale.

Ministerul Sănătăţii recomandă şi susţine evidenţa automatizată a prescripţiilor fiecărui medic din spital, astfel se creează posibilitatea controlului şi a supravegherii permanente asupra utilizării raţionale a medicamentelor.

În vederea organizării unui control strict asupra recepţionării, păstrării şi distribuirii medicamentelor şi altor produse medico-farmaceutice, în spitale se organizează, printr-un ordin al medicului-şef, Comisia permanentă pentru supravegherea păstrării şi folosirii medicamentelor în secţii. Comisia îşi organizează activitatea în conformitate cu regulamentul respectiv şi în colaborare cu Comitetul Formularului Farmacoterapeutic al instituţiei medicale.

26.8. FARMACIILE SPECIALIZATE

Specializarea farmaciilor are loc conform următoarelor principii generale:

- unitatea dintre asistenţa medicală specializată şi asistenţa cu medicamente;
- ameliorarea calităţii asistenţei cu medicamente a bolnavilor deserviţi de alte farmacii (nespecializate);
- acordarea de către farmaciile specializate a asistenţei cu medicamente a întrgului contingent de populaţie.

În funcţie de activitatea farmaciilor orientată spre asistenţa cu medicamente, farmaciile specializate se divizează în:

a) farmacii specializate ce deservesc populaţia;
b) farmacii specializate ce deservesc instituţiile curativo-profilactice.

Farmacii specializate în forme medicamentoase industriale (FSFI).

Scopul organizării acestor farmaciilor este îmbunătăţirea asistenţei populaţiei cu forme medicamentoase industriale.

În condiţiile asigurării suficiente a populaţiei cu medicamente este raţional de a avea câte o farmacie cu funcţie de preparare a medicamentelor în fiecare cartier al oraşului şi câteva farmacii de forme medicamentoase industriale.

Priorităţile FSFI:

– reducerea numărului de cadre farmaceutice;
– scăderea necesităţilor în încăperi de producţie;
– decade necesitatea unei cantităţi mari de aparataj şi utilaje costisitoare;
– se măreşte viteza de circulaţie a mărfurilor;
– se micşorează cheltuielile de păstrare a medicamentelor etc.

Toate acestea duc la mărirea eficienţei economice şi rentabilităţii farmaciei.

Farmacii specializate în plante medicinale.

Prin metoda sondajului de opinie (chestionare) a fost stabilit că 42% din bolnavi utilizează remedii medicamentoase de origine vegetală. În cazul populaţiei orăşeneşti aceste medicamente au o cerere sporită – 89,6%. În prezent au crescut brusc cerinţele populaţiei în plante medicinale. Cauzele acestui fapt sunt următoarele:

- creşterea cotei populaţiei urbane;
- mărirea volumului de informaţie despre plantele medicinale;
- lipsa industriei farmaceutice bine dezvoltate în Republica Moldova;
- creşterea deficitului de medicamente;
- publicarea informaţiei despre nocivitatea chimioterapiei.

Farmaciile de plante medicinale colectează plante medicinale pe care, după transferarea lor în grupa valorilor materiale (ca marfă), le vând populaţiei, sau le utilizează pentru prepararea speciilor (coleretice, calmante, pectorale etc.), infuziilor, decocturilor, ceaiurilor etc.

Receptura extemporală a acestor farmacii este mai complicată (în medie conţine 7 ingrediente).

În scopul ameliorării asistenţei populaţiei cu plante medicinale şi forme medicamentoase de origine vegetală se recomandă a organiza în farmacii, secţii de preparare a infuziilor, decocturilor, ceaiurilor şi cocteilurilor din plante medicinale. În costul acestor medicamente pot fi incluse cheltuielile pentru cercetările resurselor de plante medicinale, colectare, păstrare, uscare, prelucrare, control, cheltuielile de transport etc.

Farmacii specializate în deservirea mamei şi copilului.

Primele farmacii specializate pentru copii (FSC) au apărut în anii '60. Se recomandă a organiza asemenea farmacii în oraşe în apropierea policlinicilor pentru copii sau în subdiviziunile administrativ-teritoriale ale urbei.

FSC includ în sortimentul medicamentos forme industriale cu dozare pentru copii. De exemplu: comprimate cu dimedrol 0,005; comprimate cu acid acetilsalicilic 0,1 şi 0,25; supozitoare etc.

Aceste farmacii efectuează cercetări în scopul substituirii pulberelor cu forme medicamentoase lichide (în Ucraina, de exemplu, se folosesc peste 20 de mixturi).

Farmaciile pentru copii aplică în practică metode avansate de asistenţă cu medicamente, cum sunt:

- livrarea medicamentelor la domiciliu;
- recepţionarea reţetelor în policlinicile pentru copii;
- primirea comenzilor la telefon;
- organizarea punctelor de închiriere a obiectelor de îngrijire a copiilor bolnavi;
- informarea părinţilor etc.

Există, de asemenea, farmacii pentru bolnavii în etate (geriatrice). Pentru această categorie de bolnavi au fost elaborate pictograme, se efectuează cercetări în receptură, se prepară medicamente în stoc etc. În acelaşi timp, se amenajează pentru ei ungheraşe de odihnă în oficină (fotolii, scaune).

ASIGURĂRILE OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

27.I. CADRUL LEGISLATIV

Guvernul Republicii Moldova s-a angajat să introducă Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală începând cu 1 ianuarie 2004. Inițiativa se bazează pe Legea cu privire la Asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 (MO nr.38-39 din 30.04.1998), modificată prin Legile RM nr. 173-XV din 10.04.2003, nr.430-XV din 31.10.2003, nr. 549-XV din 25.12.2003, nr.577-XV din 26.12.2003.

Pregătirea sistemului de sănătate pentru implementarea asigurărilor obligatorii și elaborarea cadrului normativ pentru aplicarea în practică a Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală a început în anul 2001, când Guvernul Republicii Moldova a emis Hotărârea nr. 961 din 10.09.01, prin care a constituit Consiliul de Coordonare a Implementării Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală în componența căruia au intrat reprezentanți ai Guvernului Republicii Moldova, Ministerelor interesate, Confederației Naționale a Patronatului și Confederațiilor Sindicatelor din Republica Moldova. În conformitate cu planul de măsuri elaborat de Consiliul de Coordonare specialiștii Ministerului Sănătății în strânsă colaborare cu partenerii sociali și experții Organizațiilor internaționale de specialitate (OMS, TACIS, Banca Mondială) pe parcursul anului 2002 și prima jumătate a anului 2003 au elaborat și au definitivat actele normative și legislative necesare pentru desfășurarea cu succes al asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În total au fost pregătite și aprobate 4 Legi organice și 18 Hotărâri de Guvern, prin care au fost aprobate și reglementate următoarele aspecte: mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare, condițiile de asigurare a cetățenilor străini, aprobarea Statutului și crearea Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, constituirea Consiliului Național de Administrare a Companiei Naționale de Asigurare în Medicină, Regulamentul despre administrarea fondurilor asigurărilor obligatorii, Contractul-tip de asigurare obligatorie, Polița de asigurare, modelele de registre pentru evaluarea volumului de servicii medicale, Contractul-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurărilor, Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, Regulamentul cu privire la Statutul juridic, modul de activitate economico-financiară și gestionare a surselor financiare a instituțiilor medico-sanitare publice în cadrul asigurărilor obligatorii, tarifele la serviciile medico-sanitare etc.

Acte legislative și normative de bază al sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală sunt următoarele:

1. Legea ocrotirii sănătăţii nr. 411-XIII din 28.03.1995, cu modificări ulterioare.
2. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998.
3. Legea cu privire la mărimea, modul şi termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală nr. 1593-XV din 26.12.2002.
4. Legea cu privire la implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală şi la constituirea fondurilor de asigurări obligatorii de asistenţă medicală pe anul 2003 nr. 264-XV din 26.06.2003, 2004, pe anul 2005 nr. 385-XV din 25 noiembrie 2004 (MO nr. 237-240 din 24.12.2004).
5. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la fondarea Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină nr. 950 din 07.09.2001.
6. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Statutului Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină nr. 156 din 11.02.2002.
7. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire şi administrare a fondurilor de asigurări obligatorii de asistenţă medicală nr. 594 din 14.05.2002.
8. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova despre aprobarea Regulamentului privind condiţiile de asigurare obligatorie de asistenţă medicală a cetăţenilor străini şi apatrizilor aflaţi în Republica Moldova nr. 43 din 21.01.2002.
9. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la unele măsuri pentru implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală nr. 1432 din 7.11.2002.
10. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenţei medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. 1636 din 18.12.2002.
11. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea modelelor de factură şi registre în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală nr. 1535 din 27.11.2002.
12. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea şi implementarea sistemului informaţional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală" nr. 507 din 25.04.2003.
13. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova „Despre aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală" (Hotărârea se emite anual).
14. Ordinul MS nr. 375 din 29.12.2003 „Cu privire la organizarea asistenţei medicale persoanei asigurate, în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală".

27.1.1. ASPECTE CONCEPTUALE

În conformitate cu legea de bază, asigurarea obligatorie de asistenţă medicală reprezintă un sistem garantat de stat de apărare a intereselor populaţiei în domeniul ocrotirii sănătăţii prin constituirea, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri băneşti destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a evenimentelor asigurate (maladie sau afecţiune). Sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală trebuie să ofere cetăţenilor Republicii Moldova posibilităţi egale în obţinerea asistenţei medicale oportune şi calitative.

Volumul asistenţei medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală, se prevede în Programul Unic care este elaborat de Ministerul Sănătăţii şi aprobat anual de Guvern.

Programul unic cuprinde lista maladiilor şi stărilor ce necesită asistenţă medicală finanţată din mijloacele asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Obiect al asigurării obligatorii de asistenţă medicală este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistenţă medicală şi farmaceutică, prevăzută în Programul unic. Asigurarea are caracter universal şi este obligatorie pentru întreagă populaţie a ţării.

Subiecţii ai asigurării obligatorii de asistenţă medicală sunt:

a) asiguratul;
b) persoana asigurată;
c) asigurătorul;
d) instituţia medicală.

Calitatea de asigurat pentru cetăţenii angajaţi, inclusiv angajaţii sferei bugetare, o are întreprinderea, instituţia, organizaţia cu orice formă de proprietate.

Calitatea de asigurat pentru persoanele neangajate o are Guvernul, care achită primele de asigurare, pentru copiii de vârstă preşcolară, elevii învăţământului primar, gimnazial şi liceal, şomeri, pensionari, elevii sistemului învăţământului secundar profesional, studenţii instituţiilor de învăţământ superior, invalizi, gravidele şi alte categorii socialmente vulnerabile.

Persoane asigurate pot fi atât cetăţenii Republicii Moldova, cât şi cetăţenii străini sau apatrizii aflaţi în Republica Moldova, care au aceleaşi drepturi şi obligaţiuni.

Persoanele neasigurate beneficiază de minimul asigurării medicale gratuite, garantat de Stat, din Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, format din mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală: asistenţa medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgenţe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viaţa persoanei; asistenţa medicală primară acordată de către medicul de familie, care cuprinde: examenul clinic (subiectiv şi obiectiv), cu recomandarea investigaţiilor şi tratamentului (Legea ocrotirii sănătăţii nr. 411-XIII din 28.03.1995 MO nr. 34 din 22.06.1995, modificată prin Legea pentru modificarea, completarea şi abrogarea unor acte legislative nr. 577-XV din 26.12.2003, cap. IV, art. 20, alin 2,3; Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998, cap. II, art. 5, alin. 4).

În sistemul asigurării obligatorii de asistenta medicala, asigurător este Compania Naţională de Asigurări în Medicina şi agenţiile ei teritoriale. Compania are următoarea structură funcţională:

- Direcţia personal, secretariat si protocol.
- Directia juridică.
- Direcţia finanţe si evidenţă contabilă.
- Direcţia administrativă si coordonarea activităţii agenţiilor teritoriale.
- Direcţia asigurări internaţionale si relaţii externe.
- Direcţia economie, marketing şi promovare.
- Direcţia tehnologii de asigurări medicale, statistică şi informatică.
- Direcţia expertiză medicală.
- Serviciul audit.

Instituţiile medicale din sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală sânt instituţiile curativ-profilactice, instituţiile de cercetări ştiinţifice, clinicile Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „N. Testemiţanu", alte instituţii, care

prestează servicii medicale, precum şi unităţile medico-sanitare private şi persoanele care practică individual activităţi medico-sanitare.

Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a persoanelor angajate se efectuează din contul mijloacelor patronilor şi ale salariaţilor, iar a persoanelor neangajate – din contul bugetului de stat.

Între asigurat şi Compania de asigurări se încheie un contract de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, conform căruia asigurătorul se obligă să organizeze şi sa finanţeze asistenţă medicală necesară persoanei asigurate în volumul şi de calitatea prevăzute în Programul unic.

Modelul contractului-tip de asigurare obligatorie de asistenţă medicală a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1 432 din 07.11.02 „Cu privire la unele măsuri pentru implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală". Prin această Hotărîre a Guvernului a fost aprobat şi modelul poliţei de asigurare pe care Compania de asigurări trebuie să le desimineze persoanelor asigurate după încheierea contractelor cu agenţii economici.

Conform Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală, relaţiile dintre Compania de asigurări şi instituţiile medicale trebuie să fie reglamentate prin Contracte de acordare a asistenţei medicale prin care părţile îşi asuma responsabilităţi referitor la volumul şi calitatea serviciilor prestate persoanelor asigurate şi modul de achitare a lor. Modelul Contractului-tip de acordare a asistenţei medicale a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1636 din 18.12.02.

Legea stipulează şi faptul ca volumul serviciilor prestate în cadrul asigurărilor obligatorii poate fi extins prin asigurări facultative de sănătate sau prin plăţi directe făcute instituţiilor medicale.

Tarifele la serviciile medicale prestate în cadrul asigurărilor obligatorii au fost calculate în conformitate cu metodologia aprobată prin Hotărârile Guvernului nr. 1128 din 28.08.02 şi nr. 1235 din 14 noiembrie 2003. Ministerul Sănătăţii a elaborat Catalogul de tarife unice pentru serviciile medicale pe tipuri de instituţii (republicane, municipale, raionale). Compania Naţională de Asigurări în Medicină în procesul de contractare are dreptul să negocieze mărimea tarifelor fără a depăşi tarifele unice pe tipuri de instituţii aprobate în modul stabilit.

În cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală persoana asigurată are următoarele drepturi:

a) să aleagă instituţia medicală primară şi medicul de profil general;
b) să i se acorde asistenţă medicală pe întreg teritoriul Republicii Moldova;
c) să beneficieze de servicii medicale în volumul şi de calitatea prevăzute în Programul unic, indiferent de mărimea primelor de asigurare achitate;
d) să intenteze acţiuni asiguratului, asigurătorului, instituţiei medicale, inclusiv pentru a obţine compensarea materială a prejudiciului cauzat din culpa acestora.

27.1.2. COMPANIA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

Compania Naţională de Asigurări în Medicină este o organizaţie de stat, autonomă, non-profit, care a fost fondată conform legislaţiei prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 950 din 07.09.2001.

În conformitate cu Statutul său, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156 din 11.02.2002, Compania Naţională de Asigurări în Medicină este în drept:

a) să realizeze, în conformitate cu Legea, asigurarea obligatorie de asistenţă medicală a cetăţenilor Republicii Moldova, a cetăţenilor străini şi apatrizilor aflaţi pe teritoriul ei;
b) să participe la acreditarea instituţiilor medicale;
c) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală;
d) să intenteze acţiuni instituţiei medicale sau lucratorului medical în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătăţii persoanei asigurate din culpa acestora;
e) să constituie suplimentar, pe lângă fondurile de bază, fonduri de rezervă pe tipurile de asigurări care au atribuţie la medicină şi sănătate.

La rândul său, Compania Naţională de Asigurări în Medicină este obligată:

a) să încheie cu instituţiile medicale şi medicii particulari contracte de acordare a asistenţei medicale persoanelor asigurate;
b) să elibereze, la momentul încheierii contractului de asigurare, poliţe de asigurare obligatorie de asistenţă medicală;
c) să verifice corespunderea cu clauzele contractului a volumului, termenelor, calităţii şi costului asistenţei medicale acordate persoanelor asigurate;
d) să apere interesele persoanelor asigurate;
e) să încheie contracte de reasigurare.

Primele de asigurare obligatorie se stabilesc conform Legii cu privire la mărimea, modul şi termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală nr. 1593-XV din 26.12.02, iar mărimea lor trebuie să fie suficientă pentru îndeplinirea Programului Unic.

Plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sunt:

a) unităţile, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridică de organizare;
b) angajaţii unităţilor, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridică de organizare;
c) autorităţile administraţiei publice centrale – pentru categoriile respective stabilite de legislaţie (copii 0-18 ani, pensionari, invalizi, şomeri, studenţi);
d) persoanele fizice care desfăşoară activitate de întreprinzător în conformitate cu legislaţia;
e) alte persoane fizice cu domiciliu în Republica Moldova.

Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală se stabilesc în funcţie de suma prevăzută în Legea bugetului pe anul respectiv pentru o persoană din categoria care se asigură din buget echivalentă costului Programului Unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, pe cap de locuitor.

Mărimea primei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală este revăzută şi calculată anual de către Compania Naţională de Asigurări în Medicină şi aprobată de Parlament.

Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pentru patroni şi angajaţi se calculează în funcţie de tariful stabilit în calitate de contribuţie procentuală la salariu şi la alte forme de retribuire a muncii, la onorarii, până la deducerea (reţinerea) impozitelor şi altor plăţi stabilite de legislaţie.

Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pentru persoanele fizice care desfăşoară activităţi de întreprinzător se calculează în valoare absolută, echivalentă costului mediu al primei de asigurare achitată de către patroni.

Întreprinderile, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridică de organizare, inclusiv cele finanţate de la bugetul de stat şi de la bugetele unităţilor administrativ-teritoriale, sânt obligate, concomitent cu plata salariilor, să vireze la contul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală în volum deplin, calculate în conformitate cu legea.

Ministerul Finanţelor autorităţile administraţiei publice locale, concomitent cu alocarea mijloacelor pentru salarizarea personalului instituţiilor şi organizaţiilor finanţate de la bugetul de stat şi, respectiv, de la bugetele unităţilor administrativ-teritoriale, sunt obligate să transfere mijloace pentru primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală în cuantum proporţional cu salariile achitate.

Ministerul Finanţelor este responsabil şi de transferarea la contul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină a subvenţiilor, calculate ca prime de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pentru persoanele neangajate.

Băncile comerciale şi subdiviziunile Trezoreriei de Stat pot elibera mijloace băneşti pentru achitarea salariilor doar numai după virarea integrală de pe conturile agenţilor economici pe contul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, calculate atât pentru patroni, cât şi pentru angajaţi.

Persoanele fizice care desfăşoară activităţi de antreprenor achită primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală în mod individual la momentul procurării poliţei.

Evidenţa şi controlul corectitudinii calculării şi virării în termen la contul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, precum şi incasarea penalităţilor şi sancţiunilor financiare, se efectuează de către agenţiile teritoriale ale Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină şi de către inspectoratele fiscale de stat teritoriale, în conformitate cu drepturile atribuite acestora.

Patronii şi angajaţii achită primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală o dată pe lună, la momentul încasării mijloacelor financiare pentru retribuirea muncii.

Ministerul Finanţelor trebuie să transfere la contul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină sumele calculate ca prime de asigurare obligatorie de asistenţă medicală pentru persoanele neangajate, o dată pe lună, nu mai târziu de data de 10 a lunii corespunzătoare.

Persoanele fizice, care desfăşoară activitate de întreprinzător vor achita integral cuantumul anual al primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală până la data de 31 martie a anului respectiv de gestiune.

În conformitate cu legislaţia, plătitorii primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală trebuie să se înregistreze la agenţia teritorială a Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină în termen de cel mult 10 zile de la data obţinerii certificatului de înregistrare.

Administraţia unităţilor, indiferent de tipul de proprietate şi forma juridică de organizare, trebuie să prezinte trimestrial, până la data de 10 a lunii următoare

trimestrului de gestiune, raportul privind calcularea şi transferul primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală agenţiilor teritoriale ale Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină şi inspectoratelor fiscale de stat teritoriale.

În cazul diminuării sau tăinuirii sumei primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală ori a bazei de calcul, inclusiv a fondului de retribuire a muncii, a veniturilor din care au fost calculate aceste prime, plătitorilor li se aplică o amendă în mărimea sumei cu care au fost diminuate primele.

Conform legii acţiunea Contractului de asigurare se anulează dacă în termen de două luni primele de asigurare nu au ajuns pe contul Companiei de asigurări.

Achitarea asistenţei medicale se va face lunar în proporţie de 80% din costul serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate, iar achitarea definitiva se va realiza trimestrial după verificarea Registrelor persoanelor asigurate care au beneficiat de asistenţă medicală în perioada respectivă.

Toate litigiile apărute în procesul realizării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală pot fi soluționate pe cale amiabilă sau de către instanţele judecătoreşti.

27.2. SERVICIILE MEDICALE PREVĂZUTE ÎN PROGRAMUL UNIC AL ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ

Sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală are un caracter obligatoriu şi oferă tuturor cetăţenilor posibilităţi egale la obţinerea unui volum definit de servicii medicale, acordat fără plată. Acest volum este prevăzut în Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală care se aprobă anual de Guvernul Republicii Moldova. În Programul unic sunt incluse servicii medicale considerate importante pentru societate şi necesare pentru menţinerea şi refacerea sănătăţii.

Finanţarea Programului unic realizează din Fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală ale Companiei Naţionale de Asigurări Medicale.

În cadrul prezentului Program, persoanele asigurate beneficiază de următoarele tipuri de asistenţă medicală:

a) asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească acordată de serviciile raionale, municipale şi zonale de asistenţă medicală urgentă;
b) asistenţă medicală primară acordată de medicul de familie în condiţiile centrelor medicilor de familie şi structurile lor sau la domiciliu;
c) asistenţa medicală specializată de ambulatoriu acordată de medicul specialist de profil din secţiile consultative ale instituţiilor medicale spitaliceşti şi asociaţiilor medicale teritoriale;
d) asistenţa medicală spitalicească acordată în instituţiile medicale spitaliceşti;
e) servicii medicale de înaltă performanţă;
f) eliberarea medicamentelor compensate 100% pentru tratamentul ambulatoriu al copiilor sub 5 ani, preparatelor ce conţin fier şi acid folic pentru femeile gravide şi a medicamentelor antihipertensive compensate;
g) îngrijiri medicale la domiciliu.

27.2.1. ASISTENȚA MEDICALĂ URGENTĂ LA ETAPA PRESPITALICEASCĂ

Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească se acordă persoanelor asigurate în toate cazurile ce amenință viața, în caz de pericol ce poate conduce la urmări și complicații grave pentru pacientul respectiv și în caz de pericol pentru sănătatea publică, provocate de maladiile acute, acutizarea maladiilor cronice, accidente, traumatisme și intoxicații, complicațiile din perioada gravidității și la naștere, care necesită intervenție medicală urgentă.

Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească include:

- urgențe medico-chirurgicale, accidente, asistența medicală acordată gravidelor, lăuzelor și nou-născuților, precum și transportarea lor către instituțiile medico-sanitare de profil;
- asistența medicală urgentă acordată bolnavilor cu urgențe psihiatrice, la solicitarea bolnavilor, însoțitorilor sau a personalului medical, precum și transportarea lor, în caz de necesitate, către instituțiile specializate;
- acțiunile de salvare a populației, în caz de epidemii, calamități și catastrofe în teritoriul de deservire, precum și în teritoriile limitrofe, la solicitarea acestora;
- transportarea bolnavilor cu boli contagioase în stare gravă sau, în caz de necesitate de izolare a lor, cu scopuri antiepidemice;
- transportarea supravegheată a gravidelor, lăuzelor și copiilor născuți prematuri din maternități către instituțiile înalt specializate;
- transportarea asistaților sociali nedeplasabili, la cererea personalului medical, la instituțiile sanitare de profil spitalicesc.

27.2.2. ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Asistența medicală primară include supravegherea sănătății și volumul asistenței medicale acordat persoanelor asigurate, înregistrate la medicul de familie, și este constituită din următoarele activități:

- evidența și supravegherea sănătății persoanelor înregistrate, conform familiei, vârstei și grupelor de sănătate;
- promovarea modului sănătos de viață și educație pentru sănătate;
- imunizări conform calendarului de vaccinări și indicațiilor epidemiologice;
- examene medicale profilactice pentru maturi;
- examenul medical profilactic în instituțiile medicale, de învățământ și întremare (bugetare), conform standardelor aprobate de Ministerul Sănătății;
- planificarea familiei;
- supravegherea dezvoltării copilului;
- prescrierea medicamentelor compensate integral pentru copiii de vârsta 0-5 ani, de către medicul de familie;
- îngrijirea antenatală, supravegherea gravidelor și îngrijirea postnatală a lăuzelor, inclusiv prescrierea de către medicul de familie a preparatelor ce conțin fier și acid folic, compensate integral, pentru femeile gravide;
- intervenții medicale în scop profilactic, depistare, supraveghere și tratament pentru unele grupe de maladii, acordate la nivel de asistență medicală

primară, inclusiv prescrierea preparatelor antihipertensive compensate în conformitate cu regulamentul aprobat de Ministerul Sănătății și coordonat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- intervenții medicale, inclusiv de reabilitare și recuperare, acordate la nivel de asistență medicală primară conform indicațiilor medicale și biletului de trimitere a medicului de familie;
- intervenții medicale acordate conform indicațiilor medicale în cabinetul de proceduri, staționarul de zi, inclusiv la domiciliu, și biletului de trimitere a medicului de familie;
- intervenții medicale acordate de serviciul asistență medicală primară în instituția medicală primară și la domiciliu în caz de urgențe medicale, în toate cazurile ce amenință viața persoanei, în caz de pericol ce poate conduce la urmări și complicații grave pentru pacient și/sau pericol pentru sănătatea publică, asistența medicală urgentă se acordă de către medicii de familie continuu, până la stabilizarea stării sănătății pacientului sau transmiterii acestuia echipei de asistență medicală urgență/spital;
- vizite și îngrijiri la domiciliu;
- organizarea și efectuarea măsurilor antiepidemice primare în focarele de boli infecțioase;
- activități de suport.

27.2.3. ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Asistența medicală spitalicească persoanelor asigurate se prestează în conformitate cu Standardele medicale aprobate de Ministerul Sănătății. *Asistența medicală spitalicească* este acordată în cazurile când în urma examinării pacientului se constată o stare ce pune în pericol echilibrul normal al funcțiilor vitale ale organismului, diagnosticul nu poate fi stabilit în condiții de ambulatoriu sau pacientul necesită tratament sub supraveghere permanentă din partea lucrătorilor medicali. Volumul asistenței medicale spitalicești va fi stabilit în funcție de următoarele normative: 165 de spitalizări la 1 000 de persoane asigurate cu o durată medie prestabilită. Durata spitalizărilor de lungă durata (tuberculoză, boli mintale, combustii, patologia perenatală) este stipulată în contractele încheiate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină. Achitarea serviciilor spitalicești se face pentru un caz tratat. Costul unui caz tratat depinde de durata medie de spitalizare și prețul mediu al unei zile-pat pe fiecare profil. În acest cost sunt incluse toate cheltuielile necesare pentru activitatea spitalului (retribuirea muncii, medicamente, consumabile, alimentarea pacienților, cheltuielile de regie etc.). Costul diferențiat al unei zile-pat la nivel republican, municipal și raional este stipulat în contractul semnat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină.

27.2.4. ASISTENȚA MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATORIU

Asistența medicală specializată de ambulatoriu se acordă persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil, în scopul stabilirii diagnosticului și/sau tacticii de tratament, în conformitate cu standardele aprobate de Ministerul Sănătății. Specialistul de profil acordă asistență medicală, consultație în următoarele cazuri:

- la trimiterea medicului de familie, la consultaţia specialistului de profil din instituţiile medico-sanitare publice raionale/municipale şi la trimiterea specialistului de profil din instituţiile medico-sanitare publice raionale/municipale, la consultaţia specialistului de profil din instituţiile medico-sanitare publice republicane;
- la adresarea directă în cazul maladiilor specificate în Lista maladiilor confirmate, care permit prezentarea directă a persoanelor asigurate la medicul specialist de profil din instituţiile medico-sanitare publice raionale/municipale;
- la adresarea directă în caz de urgenţă. Constatarea urgenţei în fiecare caz concret se efectuează de medicul specialist care consultă pacientul. Consultaţia medicului specialist de profil în toate cazurile reprezintă măsuri clinice şi organizaţionale şi include următoarele intervenţii medicale:
  - examen clinic;
  - recomandaţii pentru efectuarea analizelor de laborator, inclusiv bacteriologice, virusologice, serologice şi instrumentale;
  - îndreptarea, în caz de necesitate, la alţi medici specialişti de profil sau spital, conform regulamentului stabilit;
  - recomandaţii pentru tratament, reabilitare medico-socială, supraveghere în dinamică de către medicul de familie. Consultaţia de către medicul specialist de profil a persoanelor asigurate în cazul unor grupe de maladii include suplimentar:
- analize de laborator şi instrumentale în volumul stabilit;
- intervenţii medicale, în toate cazurile de urgenţă ce ameninţă viaţa, în caz de pericol ce poate conduce la urmări şi complicaţii grave pentru pacient şi/sau pericol pentru sănătatea publică.

Consultaţia recruţilor se efectuează la trimiterea comisiei medicale militare. în modul stabilit. Consultaţia medicului stomatolog include: măsuri de profilaxie a maladiilor stomatologice pentru copiii în vârstă de până la 18 ani şi femeile gravide: examinarea cavităţii bucale, educaţia sanitară. Profilaxia şi tratamentul maladiilor stomatologice se efectuează la adresarea contingentului nominalizat în instituţia medico-sanitară, inclusiv policlinicile stomatologice pentru copii, sau în cadrul examenelor medicale în grădiniţe, instituţii de învăţământ mediu şi special; asistenţă medicală stomatologică în cazuri de urgenţe stomatologice. Asistenţa medicală stomatologică peste volumul stabilit de Program se oferă contra plată, conform tarifelor aprobate sau prin asigurări medicale facultative.

27.2.5. SERVICIILE AFERENTE ASISTENŢEI MEDICALE

Investigaţiile costisitoare de laborator şi diagnostic (asistenţă medicală de înaltă performanţă) se acorda persoanelor asigurate în instituţiile medico-sanitare publice republicane şi municipale în conformitate cu lista de aşteptare întocmită de consiliile medicale consultative din Centrele Medicilor de Familie raionale şi municipale şi în baza limitelor stabilite de către Compania Naţională de Asigurări în Medicină.

Pentru a beneficia de toate serviciile medicale incluse în Programul Unic, conform *„Regulamentului cu privire la organizarea asistenţei medicale persoanei asigurate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenta medicala"*, aprobat prin

Ordinul Ministerului Sănătăţii nr.375 din 29.12.03, persoanele asigurate au obligaţiunea să se însrie pe listele medicilor de familie. Alegerea medicului de familie este liberă. În caz de îmbolnăvire a persoanei asigurate, medicul de familie va consulta pacientul, va iniţia tratamentul şi va urmări rezultatele lui.

Prezentul regulament este elaborat în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătăţii nr.411-XIII din 28 martie 1995, articolul 2, litera i), Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, articolul 11, (1) litera a) şi Programului unic al asigurării obligatorii de asistentă medicală, care prevăd libertatea pacientului de a alege medicul de familie şi instituţia medicală primară.

Persoana asigurată, atât în caz de boală cât şi în caz de vizită profilactică, se prezintă primar la medicul de familie, cu poliţa de asigurare.

La adresarea pacientului în stările de urgenţă, ce pun în pericol viaţă sau sănătatea, provocate de maladii acute, acutizarea maladiilor cronice, accidente, traumatisme şi intoxicaţii, complicaţiile gravidităţii şi la naştere etc., se acordă asistenţă medicală urgentă indiferent de tipul asistenţei medicală: asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească, asistenţă medicală primară, asistenţă medicală specializată de ambulatoriu, asistenţă medicală spitalicească.

Persoanele asigurare în cazul urgenţelor medico-chirurgicale, care necesită tratament spitalicesc, se internează în spital la trimiterea medicului de familie, serviciului Asistenţă Medicală Urgentă la etapa prespitalicească, medicului specialist de profil şi la adresarea persoanei asigurate fără bilet de trimitere – „Trimitere-Extras" (formular 027/e), în mod de urgenţă.

Asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească se acordă populaţiei de către Serviciile zonale şi teritoriale de asistenţă medicală urgenţă.

Asistenţă medicală specializată de ambulator se acordă persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil din secţiile consultative ale Spitalelor raionale şi ale Asociaţiilor Medicale Teritoriale din mun.Chişinău, la trimiterea medicului de familie. Consultaţiile medicului specialist la adresarea individuală a persoanei asigurate, fără indicaţia medicului de familie, confirmată prin bilet de trimitere, sunt suportate de către solicitant, conform tarifelor aprobate în modul stabilit.

Consultaţiile medicilor specialişti, investigaţiile costisitoare de laborator sau instrumentale în instituţiile medico-sanitare republicane (universitare) se acordă persoanelor asigurate, în condiţii de ambulatoriu, în baza biletului de trimitere emis de Consiliile medicale teritoriale ale Centrelor Medicilor de Familie.

Spitalizarea urgentă a persoanelor asigurate în spitalele raionale, municipale şi republicane se efectuează în baza biletului de trimitere a medicului de familie, serviciului de asistenţă medicală urgenţă, medicului specialist de profil şi la prezentarea directă a pacientului în cazul maladiilor care pun în pericol viaţa pacientului sau prezintă pericol pentru sănătatea publică (boli contagioase).

Spitalizarea programată a persoanelor asigurate în spitalele raionale şi municipale se coordonează cu instituţiile respective şi se efectuează în conformitate cu Lista de aşteptare, care se întocmeşte prin intermediul Consiliilor medicale consultative din Centrele Medicilor de Familie, în baza biletului de trimiterea medicului specialist de profil sau a medicului de familie.

Spitalizarea programată în instituţiile spitaliceşti republicane (universitare) se coordonează cu instituţiile respective şi se efectuează în conformitate cu Lista de

aşteptare, care se întocmeşte prin intermediul Consiliilor medicale consultative din Centrele Medicilor de Familie, în baza biletului de trimitere a medicului specialist de profil.

Asistenţa medicală spitalicească se acordă persoanelor asigurate conform Standardelor medicale aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătăţii nr.207 din 02.08.02 „Despre implementarea în activitatea medicală a standardelor medico-financiare".

Acordarea serviciilor medicale spitaliceşti la cererea individuală a persoanei asigurate şi în alte condiţii decât cele prevăzute în Programul Unic este suportată de către solicitant conform tarifelor aprobate.

Eliberarea medicamentelor compensate se face în conformitate cu Regulamentul privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratament în conditii de ambulatoriiu a persoanelor asigurate. Prezentul Regulament este elaborat în conformitate cu Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală. Asistenţa cu medicamente de bază pentru copii sub 5 ani se efectuează după Standardele Conduitei Integrate a Maladiilor la Copii (CIMC) prevăzute în Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală. Medicamente compensate la 100% şi 50% în sensul prezentului Regulament sunt cele cuprinse în lista maladiilor şi stărilor pentru care se eliberează medicamente compensate din Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, care se aprobă anual de Guvern. Principalii subiecţi ai procesului de asistenţă cu medicamente compensate sunt:

- asiguratorul: Agenţia Teritorială de Asigurări Medicale Obligatorii;
- furnizorul de servicii medicale: Centrul Medicilor de Familie (AMT), Centrul de Sănătate, Oficiul Medicilor de Familie;
- furnizorul de servicii farmaceutice: secţia extrabugetară a farmaciei de spital şi filialele ei; unităţile farmaceutice cu cota parte a statului, farmaciile comunitare;
- asiguraţii: copiii între 0 şi 5 ani, femeile gravide care suferă de anemie, bolnavi cu hipertensiune arterială şi alte maladii.

Asistenţa cu medicamente compensate a copiilor în vârstă de până la 5 ani, a femeilor gravide care suferă de anemie şi a bolnavilor în condiţii de ambulatoriu se bazează pe următoarele principii:

a) prescrierea medicamentelor compensate se efectuează în exclusivitate de către medicul de familie (inclusiv şi la indicaţia medicului specialist);
b) asistenţa cu medicamente compensate se efectuează numai conform reţetelor prescrise pe formularul nr. 3, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 195 din 10.07.2000;
c) separarea proceselor de prescriere a reţetelor şi eliberare a medicamentelor, cu excepţia cazurilor prevăzute în actele normative ale Ministerului Sănătăţii;
d) eliberarea medicamentelor compensate către pacienţi în cadrul teritoriului (raionului, municipiului) în care este amplasată instituţia medico-sanitară ce a eliberat reţeta;
e) instruirea planificată individuală şi în masă a bolnavilor, mamelor, părinţilor, rudelor în probleme de administrare şi păstrare corectă a medicamentelor;
f) monitorizarea utilizării medicamentelor compensate şi gestiunea lor;
g) evidenţa cantitativ-valorică a circulaţiei medicamentelor compensate şi a formularelor de reţetă.

Prescrierea şi eliberarea medicamentelor antihipertensive compensate se face în conformitate cu Regulamentul privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratament în condiţii de ambulatoriu a persoanelor asigurate, aprobat prin Ordinele MS şi CNAM nr. 195/105-a din 28.06.2005, modificat prin ordinul nr. 548/290-a din 29.12.2006 al MS şi CNAM.

Tabelul 70

Sisteme de plată a furnizorilor serviciilor medicale

Nr.	Denumirea sistemului de plată	Tipul asistenţei medicale	Modalitatea de calculare
	Sistemul de plată „per capita"	Asistenţă medicală primară. Asistenţa medicală urgentă prespitalicească	Calcule în funcţie de numărul persoanelor asigurate înscrise pe listele medicilor de familie. Se va lua în considerare faptul că pentru asistenţă medicală primară sunt preconizate până la 35% din Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente.
	Sistemul de plată „per serviciu"	Asistenţă medicală de ambulatoriu acordată de medicii specialişti din secţiile consultative ale spitalelor, Asociaţiile Medicale Teritoriale, Centrul Republican de Diagnosticare	Calcule în funcţie de numărul consultaţiilor, investigaţiilor de laborator şi instrumentale prestate persoanelor asigurate şi costul lor, indicate în Catalogul de tarife unice pentru serviciile medico-sanitare pe tipuri de instituţii (republicane, municipale, raionale), aprobat de Ministerul Sănătăţii. Se permite contractarea serviciilor medicale în baza tarifelor negociate de Compania Naţională de Asigurări în Medicină şi instituţiile medicale fără a depăşi tarifele unice.
	Sistemul de plată „per caz tratat"	Asistenţă medicală spitalicească	Calcule în funcţie de numărul persoanelor asigurate externate şi preţul unui caz tratat pe profiluri. Preţul unui caz tratat depinde de durata medie de spitalizare şi tarifele pentru o zi-pat pe fiecare profil, incluse în Catalogul de tarife unice pentru serviciile medico-sanitare pe tipuri de instituţii (republicane, municipale, raionale) aprobate de Ministerul Sănătăţii. Se permite contractarea cazului tratat în baza tarifelor negociate de Compania Naţională de Asigurări în Medicină şi spital fără a depăşi tarifele unice.

27.3. SISTEMELE DE PLATĂ A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE ÎN CADRUL ASIGURĂRILOR OBLIGATORII

În cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală plata furnizorilor de servicii medicale se face în conformitate cu „Contractele de acordare a asistenţei medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală", modelul căreia a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului Republi-

cii Moldova nr. 1636 din 18.12.2002. După caz, sunt utilizate unul din următoarele sisteme de plată (tabelul 70):

27.3.1. Sistemul de plată „per capita" care se utilizează în asistenţă medicală primară este cel mai uşor de administrat şi este foarte avantajos, deoarece oferă posibilitatea controlului general al cheltuielilor pentru toate serviciile incluse în Programul Unic la compartimentul „Asistenţă medicală primară". Suma de capitaţie se calculează prin împărţirea sumelor totale destinate asistenţei medicale primare la numărul de persoane asigurate. Odată ce suma de capitaţie va fi calculată, furnizorul va primi o sumă pentru fiecare persoană asigurată înregistrată în lista furnizorului (repartizată în 12 rate pentru fiecare lună). Capitaţia este plătită furnizorului ales de persoana asigurată. Pentru încurajarea competiţiei şi pentru crearea serviciilor de calitate persoana asigurată are dreptul de a schimba medicul de familie după o perioadă de 3 luni.

Plata „per capita" acoperă toate serviciile primare prestate persoanelor asigurate pe o perioadă de un an. Această formă de plată asigură şi desiminarea riscurilor, fiindcă unele persoane asigurate nu vor utiliza deloc serviciile de sănătate în timpul acestei perioade, iar alţii, care suferă de boli cronice, vor necesita un număr mare de vizite costul cărora va depăşi costul capitaţiei.

Pentru realizarea anumitor activităţi obligatorii, incluse în Programul Unic, Compania de Asigurări în Medicină în contractele încheiate cu furnizorii de asistenţă medicală primară stipulează atingerea anumitor performanţe. Indicatorii de performanţă se referă la supravegherea dezvoltării copiilor sub 5 ani, realizarea planului de vaccinări şi a examenelor medicale de bilanţ, efectuarea examenelor profilactice pentru maturi, depistarea, tratamentul şi supravegherea pacienţilor cu boli cronice şi sociale (tuberculoză, cancer, maladii cardiovasculare, diabet zaharat, hepatită şi ciroză hepatică, HIV/SIDA etc.).

Plata „per capita" permite şi modificarea modului de salarizare a medicului de familie. Retribuţia medicului de familie se face în funcţie de numărul de persoane asigurate înscrise pe listele proprii şi în corespundere cu performanţele obţinute.

27.3.2. Sistemul de plată „per serviciu" se aplică în asistenţă pentru plata consultaţiilor medicilor specialişti, investigaţiile de laborator şi instrumentale prestate în condiţii de ambulatoriu în secţiile consultative ale spitalelor, Asociaţiilor Medicale Teritoriale din mun.Chişinău şi în Centrul Republican de Diagnosticare. Serviciile sunt achitatate de Compania Naţională de Asigurări în Medicină în conformitate cu Catalogul de tarife unice pentru serviciile medico-sanitare pe tipuri de instituţii (raionale, municipale, republicane), calculate în conformitate cu Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1128 din 28.08.02 „Despre aprobarea Regulamentului cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare şi Metodologiei stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare", cu modificările şi completările ulterioare. Tarifele la serviciile medicale incluse în Catalog sunt aprobate de către Ministerul Sănătăţii. Este posibilă contractarea serviciilor medicale de ambulatoriu în baza tarifelor negociate de Compania de asigurări şi instituţia medicală fără însă a depăşi tarifele unice aprobate de Ministerul Sănătăţii.

Avându-se în vedere că furnizorii vor fi puternic stimulaţi să producă un număr cât mai mare de servicii, consultaţiile medicilor specialişti şi investigaţiile de laborator sau instrumentale se acordă persoanelor asigurate doar în baza biletului

de trimitere şi doar în funcţie de limitele stabilite de către Compania Naţională de Asigurări în Medicină.

27.3.3. Sistemul de plată „per caz tratat” se aplica în asistenţa medicală spitalicească. Costul unui caz tratat este calculat prin înmulţirea tarifului unei zile-pat pe profiluri la durata medie de spitalizare a bolnavilor pe profiluri similare. Costul unui caz tratat depinde şi de tipul instituţiei spitaliceşti, deoarece preţul unui zile-pat şi durata medie de spitalizare în spitalele republicane (universitare), municipale şi raionale este diferită.

Ministerul Sănătăţii în baza Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr.1128 din 28.08.02 a elaborat şi a aprobat tarifele (preţurile) unei zile-pat pentru 24 de profiluri din spitalele raionale, 38 de profiluri din spitalele municipale şi 69 de profiluri din cele republicane.

Durata de spitalizare pentru diferite profiluri şi tipuri şi spitale se negociază în parte cu fiecare spital, ţinându-se cont de durata medie a spitalizărilor de scurtă durată pe ţară. Pentru spitalizările de lungă durată (tuberculoză, boli mintale, combustii, patologia perenatală) durata medie va fi stabilită conform schemei de tratament a pacienţilor indicată în Standardele aprobate de Ministerul Sănătăţii.

Deşi furnizorul de servicii spitaliceşti are o sumă globală fixata în contract, achitările se fac doar după realizarea calitativă a cazului tratat.

Sistemul de plată „per caz tratat" a fost selectat din motivul că este uşor de administrat, încurajează furnizorul să aplice tehnologii moderne cu scopul micşorării duratei de spitalizare şi asigură o calitate relativ bună de tratament.

27.4. FONDURILE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ

Cota mică, în trecut, a cheltuielilor pentru sănătate ca procent din PIB (aproximativ 3%) a indicat necesitatea introducerii finanţării suplimentare în sector. Implementarea asigurărilor medicale a oferit societăţii instrumentele legale de mobilizare a resurselor pentru sănătate şi de utilizare echitabilă a lor.

Cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală au parvenit schimbări în finanţarea sistemului de sănătate (*figura 73, tabelul 71*).

Conform Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998, Legii cu privire la mărimea, modul şi termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală nr. 1593-XV din 26 decembrie 2002 şi Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală pe anul 2007 nr. 408-XVI din 21 decembrie 2006, fondurile de asigurări obligatorii de asistenţă medicală în sumă de 1 937 900,0 mii de lei vor fi constituite din următoarele surse de venit:

Fondul de bază pentru achitarea serviciilor medicale curente în sumă de 1 833 084,0 mii de lei, în conformitate cu legislaţia, se foloseşte în modul următor: 8,6 % pentru asistenţă medicală urgentă la etapa prespitalicească, 28,8% pentru asistenţă medicală primară, 7,3% pentru asistenţă medicală specializată de ambulatoriu, 50,8% pentru asistenţă medicală spitalicească, 2,0% pentru servicii medicale de înaltă performanţă şi 2,5% pentru medicamente compensate şi îngrijiri medicale la domiciliu.

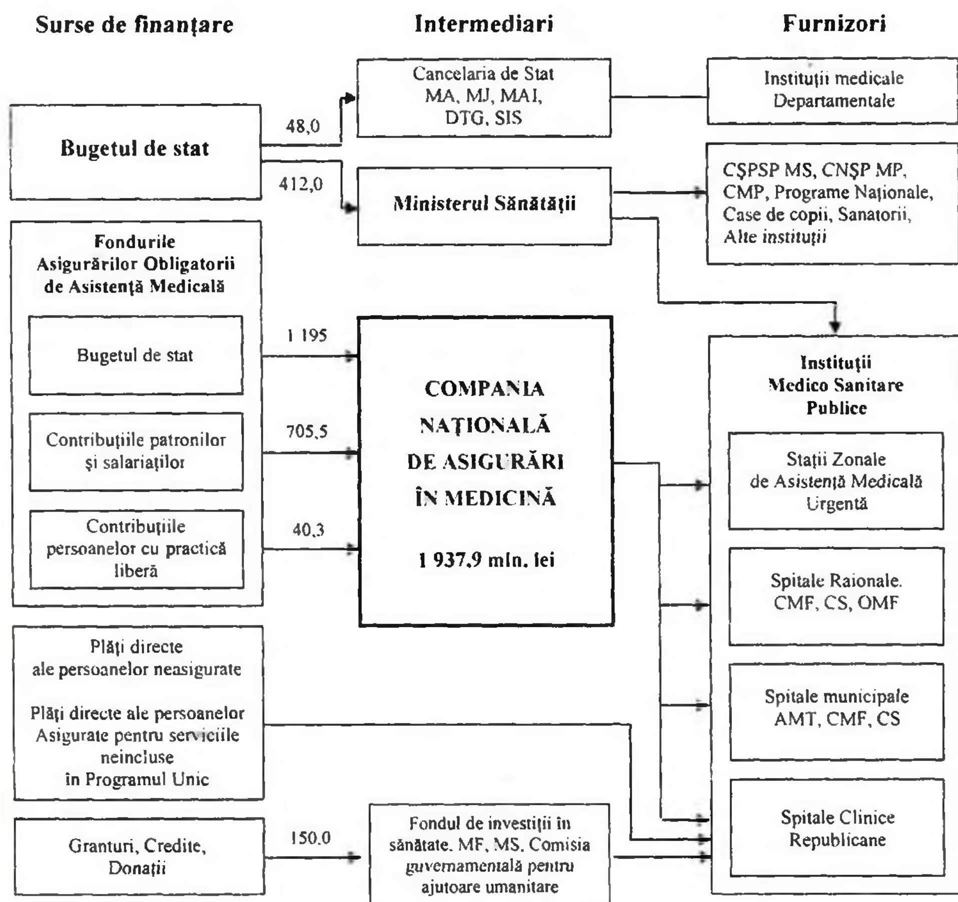


Figura 73. **Structura Sistemului de Finanţare a Sectorului de Sănătate**

Tabelul 71

Sinteza veniturilor şi cheltuielilor
în fondurile de asigurări obligatorii de asistenţă medicală pe anul 2007

I. Venituri, total mii de lei, inclusiv:	**1 937 900,0**
1. Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, în mărime procentuală, achitate de angajatori şi angajaţi.	**705 000,0**
2. Transferuri de la bugetul de stat pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute de legislaţie.	**1 195 000,0**
3. Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală achitate de persoane fizice cu domiciliul stabil în Republica Moldova.	**35 050,0**
4. Primele de asigurare obligatorie de asistenţă medicală achitate de cetăţenii străini şi apatrizii fără domiciliu stabil în Republica Moldova.	**850,0**
5. Alte venituri.	**2 000,0**
II. Cheltuieli, total, inclusiv:	**1 937 900,0**
1. Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)	**1 833 084,0**
2. Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistenţă medicală	**38 758,0**
3. Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de asigurare)	**38 758,0**
4. Cheltuieli administrative	**27 300,0**

În total pentru anul 2007 sistemul de sănătate va beneficia de aproximativ 2 350 000,0 mii de lei, inclusiv fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală vor constitui suma de 1 937 900,0 mii de lei, plus 380 000,0 mii lei sursele Bugetului de Stat pentru Programele Naționale şi 30 000,0 mii de lei pentru acoperirea costurilor de tratament al bolnavilor cu boli sociale neasiguraţi.

Veniturile încasate la contul Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină sunt repartizate în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în baza normativelor stabilite pentru fiecare fond în Regulamentul cu privire la modul de constituire şi administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 594 din 14 mai 2002.

În scopul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină are dreptul să constituie, din contul mijloacelor obținute din primele de asigurare, următoarele fonduri de asigurare:

a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale;
b) fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală;
c) fondul măsurilor de profilaxie;
d) fondul de administrare al asigurărilor obligatorii.

Astfel, în fondul de bază se acumulează mijloacele financiare în proporție de 94%, iar în celelalte fonduri (de rezervă, al măsurilor de profilaxie şi de cheltuieli administrative) se alocă mijloacele financiare în proporție de câte 2%.

Mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nu intra în componența bugetelor de stat şi ale altor fonduri şi nu sunt supuse sechestrării şi impozitării.

Modul de constituire şi administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se stabileşte prin Regulamentul aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 594 din 14.05.2002.

În Fondul pentru achitarea serviciilor medicale se acumulează mijloacele financiare în proporție de 94% din cuantumul primelor de asigurare, virate pe contul Companiei pe parcursul unui an.

Mijloacele financiare, acumulate în Fondul pentru achitarea serviciilor medicale, se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care include:

– asistență medicală primară, inclusiv medicamente compensate;
– asistență de urgență;
– asistență medicală spitalicească;
– alte servicii aferente asistenței medicale.
– îngrijiri la domiciliu.

În Fondul de rezervă se acumulează sumele în proporție de 2% din cuantumul tuturor primelor de asigurare virate pe contul Companiei pe parcursul unui an şi din diferența dintre venitul şi cheltuielile efective ale Fondului de bază rămasă la finele anului de gestiune, cu excepția datoriilor creditoare, formate în urma acordării serviciilor medicale.

Mijloacele financiare, acumulate în Fondul de rezervă se utilizează pentru:

– acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri şi afecțiuni urgente, a căror rata anuală depăşeşte media luată în baza calculării. Programului unic pentru anul respectiv;

– compensarea diferenţei dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente şi contribuţiile acumulate (veniturile aşteptate) în fondul de bază;

– echilibrarea şi compensarea diferenţei dintre cheltuielile efective ale mijloacelor financiare acumulate în fondurile de bază ale agenţiilor teritoriale şi media pe ţară în situaţii temeinic motivate.

Cuantumul mijloacelor financiare acumulate în Fondul de rezervă nu poate depăşi cota de 25% din volumul cheltuielilor anuale ale fondului de bază, calculate din media ultimilor trei ani.

În Fondul măsurilor de profilaxie se acumulează suma provenită din defalcările în proporţie de 2% din cuantumul tuturor primelor de asigurare.

Mijloacele financiare, acumulate în Fondul măsurilor de profilaxie se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor legate preponderent de:

- realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire;
- efectuarea examinărilor profilactice (screening) în scopul depistării precoce a îmbolnăvirilor;
- finanţarea manifestărilor cu menirea promovării modului sănătos de viaţă;
- alte activităţi de profilaxie şi prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanţare de către Consiliul de administrare al Companiei, de comun acord cu Ministerul Sănătăţii.

Mijloacele financiare destinate acoperirii cheltuielilor administrative nu pot depăşi plafonul de 2% din cuantumul tuturor primelor de asigurare virate pe contul Companiei pe parcursul unui an. Acest fond se utilizează pentru:

- salarizarea personalului angajat al Companiei şi agenţiilor teritoriale;
- acoperirea cheltuielilor de deplasare;
- întreţinerea sistemului informaţional şi infrastructurii organizatorice;
- efectuarea controlului calităţii serviciilor medicale şi a expertizelor respective;
- cheltuieli operaţionale;
- procurarea mijloacelor fixe şi a utilajului necesar;
- cheltuieli de gospodărie şi birotică;
- instruirea şi perfecţionarea cadrelor;
- alte activităţi ce ţin de administrarea Companiei.

Mijloacele financiare obţinute în urma aplicării acţiunilor în regres sau penalizărilor în conformitate cu Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală se repartizează în fondurile administrate de Companie, după cum urmează:

60% - în fondul de bază;
20% - în fondul de rezervă;
20% - în fondul măsurilor de profilaxie.

Nu se admite dezafectarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală în alte scopuri decât destinaţia lor proprie.

27.5. AUTONOMIA FINANCIARĂ A INSTITUŢIILOR MEDICALE ŞI ADMINISTRAREA SERVICIILOR

O preocupare aparte în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală a constituit-o organizarea serviciilor. Este nevoie de menţionat că în trecut instituţiile medicale nu dispuneau de o autonomie suficientă pentru a gestiona resursele şi a re-

acționa promt la necesitățile medicale ale populației. Câștigurile în urma eficienței nu erau încurajate, iar cheltuielile în multe cazuri neargumentate.

Pentru a înlătura această situație incertă, conform Legii pentru modificarea și completarea unor acte legislative nr. 173 din 10.04.2003, odată cu implementarea asigurărilor obligatorii instituțiile medicale bugetare și-au modificat statutul devenind instituții medico-sanitare publice la autogestiune, non-profit. În această calitate ele au obținut drepturi depline de gestionare financiară. Prin aceste schimbări s-a obținut o flexibilitate mai înaltă în finanțarea instituțiilor medicale și în utilizarea resurselor. Experiența acumulată pe parcursul implementării demonstrează faptul că bugetul stabilit este utilizat mai eficient, iar accentul se pune pe îndeplinirea indicatorilor de performanță care reflectă în primul rând calitatea serviciilor și satisfacerea necesităților medicale ale populației asigurate.

Devenind instituții medico-sanitare publice la autogestiune spitalele și alte instituții medicale au obținut dreptul de administrare a finanțelor prin conturi bancare fără intermedierea Trezorăriei de Stat. Acest lucru permite o reacție rapidă a instituției medico-sanitare publice la cerințele persoanelor asigurate, o colaborare fără conflicte cu distribuitorii de resurse energetice, alimente și medicamente. Studiile efectuate în cadrul CȘPSPMS al MS demonstrează faptul că în cadrul asigurărilor durata medie de achitare a dispozițiilor de plată constituie 1,8 zile față de 34,2 zile în anul 2003. Acest lucru denotă o reacție imediată a instituțiilor medicale la nevoile pacienților.

În scopul perfecționării activității instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, sporirii nivelului de transparență și controlul activității acestora de către organele administrației publice centrale și locale prin Ordinul nr. 254 din 6.09.04 se modifică capitolul III al Statutului-tip al Instituției medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin instituirea Consiliilor administrative.

Experiența internațională atestă că Consiliile de administrare au apărut simultan în anii 60 în mai multe țări din Europa de Vest (Belgia, Germania, Marea Britanie, Franța) și în America de Nord, mai întâi în spitalele private, iar în anii '80 s-au extins vertiginos în toate Instituțiile medicale publice și private din țările dezvoltate din Europa, Asia, Australia și America. Rolul și responsabilitățile Consiliilor de administrare în aceste țări au prevăzut:

a. Protecția intereselor acționarilor sau a fondatorilor.

b. Alegerea strategiei pe termen lung și scurt, precum și la elaborarea politicii.

c. Desemnarea pentru numirea în funcție și controlul activității directorului instituției medicale

d. Stabilirea formelor de conlucrare cu comunitatea.

Alegerea unei strategii și controlul activității directorului instituției nu poate fi efectuată de oricine. Alegerea membrilor Consiliului de administrare devine strategică pentru prosperarea întreprinderii.

Asambleele generale ale instituțiilor sau ale organizațiilor aleg consiliile de administrare responsabile de gestionare și apărarea intereselor. Consiliile de administrare aleg un director pentru direcția operativă a întreprinderii, cu promovarea strategiei alese de Consiliul de administrare.

Începând cu 1 decembrie 2004, instituțiile medico-sanitare publice din Republica Moldova au următoarele organe de administrare și control:

- Fondatorul (autoritatea administrației publice locale/centrale);
- Consiliul de administrare;
- Ministerul Sănătății;
- Medicul-şef (director).

Instituirea Consiliilor de administrare va servi ca un exemplu elocvent de participare a comunității în managementul instituțiilor medico-sanitare publice. Acest organ de administrare nu vine să înlocuiască funcțiile medicului-şef, dar este destinat consolidării capacităților de planificare, control şi organizare. Modelul funcțional de administrare a organizațiilor, care va fi dezvoltat pe viitor, este cea mai oportună metodă de supervizare a instituțiilor medico-sanitare publice, oferind posibilități mai bune pentru gestionarea adecvată a finanțelor, resurselor umane şi materiale, precum şi a calității serviciilor medicale.

***Salarizarea prestatorilor de servicii medicale*:**

Datorită stabilității financiare obținute şi perfecționării actelor normative cu privire la salarizare, administrațiile IMSP au obținut pârghiile necesare pentru motivarea lucrătorilor medicali în conformitate cu volumul şi calitatea serviciilor prestate.

Remunerarea prestatorilor de servicii medicale, încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistența medicală, se efectuează în baza următoarelor acte normative:

1. Hotărârea Guvernului RM nr. 1593 din 29.12.2003 despre aprobarea „Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul AOAM", elaborată în temeiul Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995, Legii salarizării nr. 847-XV din 14.02.2002, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistența medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998, Hotărârii Guvernului RM nr. 743 din 11.06.2002 „Cu privire la salarizarea angajaților din unitățile cu autonomie financiară".

2. Ordinul MS nr. 382 din 21.12.2004 „Cu privire la aprobarea Regulamentului cu privire la criteriile şi normele de evaluare a performanțelor profesionale individuale de calitate şi cantitate a muncii medicului de familie şi asistenței medicale a medicului de familie". Regulamentul nominalizat stabileşte criteriile şi normele de evaluare a volumului (indicatori de cantitate) şi calității (indicatori de calitate) muncii medicului de familie şi asistenței medicale a medicului de familie, în temeiul cărora se efectuează stabilirea adaosurilor la salariul de funcție medicului de familie şi asistenței medicale a acestuia.

3. Ordinul MS nr. 5 din 10.01.2005 „Cu privire la stabilirea cuantumului salariului minim pe țară şi majorarea salariilor pentru unele categorii de angajați din sectorul bugetar".

4. Ordinul comun al MS, CNAM şi Sindicatului „Sănătatea" „Cu privire la stabilirea cotelor maxime ale cheltuielilor pentru salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul AOAM".

Aceste acte normative permit stabilirea salariilor lucrătorilor medicali în funcție de performanțe. Aşadar, salariile medicilor şi asistentelor medicale depind de volumul şi calitatea serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.

După cum arată rezultatele monitorizării procesului implementării AOAM, în Republica Moldova salariile personalului medical au crescut semnificativ. Salariile medii lunare ale medicilor în perioada anilor 2003-2006 s-au majorat de 2,5 ori.

Cele mai înalte salarii la o persoană (medici) în anul 2006 s-au înregistrat în cadrul Serviciului Asistență Medicală Urgentă, care au constituit în medie 2 998 lei la medici şi 1 715 lei – la asistentele medicale, iar cele mai joase salarii se atestă în secțiile consultative ale instituțiilor raionale (1 518 lei la medici, 927 lei la asistentele medicale) şi municipale (1 629 lei la medici, 1 073 la asistentele medicale).

27.6. CONTRACTAREA INSTITUŢIILOR MEDICALE ÎN CADRUL ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ

Trecerea la sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală a prevăzut instituirea unui sistem nou de contractare a instituțiilor medico-sanitare. Procesul de contractare este bazat pe relațiile pur economice care diferă de sistemul de gestiune administrativ din trecut. Astfel, se delimitează clar funcțiile de finanțare şi de prestare a serviciilor medicale.

Prin apariția relațiilor contractuale dintre cumpărătorul serviciilor medicale şi prestatorul serviciilor medicale, cumpărătorul îmbracă rolul de intermediar dintre pacient şi medic, preluând astfel funcția de finanțare a necesităților în servicii medicale a persoanelor asigurate, astfel reducându-se la minim plățile directe dintre pacient şi instituția medicală în limita programelor garantate.

Avantajele contractării prestatorilor de servicii medicale constau în următoarele:

- cumpărătorul nu este obligat să cumpere toate serviciile medicale care i se oferă pe piața serviciilor medicale;
- evitarea plăților directe dintre pacient şi instituția medicală în limita programelor garantate;
- susținerea nivelului de motivație prin aprecierea materială a succesului şi pedeapsă pentru insucces a instituțiilor medicale;
- controlul calității;
- flexibilitatea condițiilor contractuale în funcție de situația şi infrastructura concretă.

Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru fiecare an sunt elaborate în conformitate cu Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Prevederile criteriilor de contractare sunt destinate reglementării procesului de contractare a serviciilor medicale incluse în Programul unic şi au drept scop asigurarea transparenței acestui proces pentru toți subiecții asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Criteriile de contractare sunt obligatorii pentru toți subiecții procesului de contractare a serviciilor medicale: Ministerul Sănătății, Compania Națională de Asigurări în Medicină, prestatorii de servicii medicale şi fondatorii lor.

Criteriile de contractare includ aspecte referitor la:

a) principiile de contractare a serviciilor medicale;
b) repartizarea pe tipuri de asistență medicală a mijloacelor fondurilor de asigurări obligatorii de asistență medicală;
c) indicatorii de bază pentru argumentarea criteriilor de contractare;

d) criteriile de contractare a diferitor tipuri de asistență medicală și a medicamentelor compensate;
e) metodele de plată a prestatorilor de servicii medicale;
f) procedura negocierilor şi soluţionarea litigiilor.

Contractarea prestatorilor de servicii medicale se face pe baza următoarelor principii:

a) realizarea echităţii sociale pentru populaţia ţării în procesul de repartiție a surselor fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente;
b) garantarea accesibilităţii oricărei persoane asigurate la serviciile medicale incluse în Programul unic;
c) utilizarea eficientă a resurselor financiare destinate achitării serviciilor medicale curente;
d) creşterea treptată a calității serviciilor medicale şi satisfacerea pacienţilor.

ACREDITAREA ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE – OBIECTIV DECIZIONAL AL MANAGEMENTULUI CALITĂŢII

28.1. ASPECTE GENERALE

Întrebaţi orice pacient sau cetăţean, ce îşi doreşte el de la reformele din sistemul ocrotirii sănătăţii? Fără îndoială, veţi primi răspunsul – *calitate* şi *accesibilitate*. Este cunoscut faptul, câte obiecţii puteam auzi până nu demult din partea populaţiei despre calitatea proastă şi accesibilitatea scăzută la serviciile medicale.

Promovarea conceptului de ameliorare a calităţii serviciilor în diferite domenii (ştiinţă, medicină, învăţământ, industrie etc.) sunt subiecte din cele mai actuale. Una dintre direcţiile prioritare în dezvoltarea ocrotirii sănătăţii este asigurarea calităţii asistenţei medicale şi farmaceutice şi a siguranţei acestora. Realizarea acestui concept se efectuează prin intermediul diferitor proceduri – evaluare şi acreditare, certificare etc., care la moment sunt subiecte din cele mai actuale. Acestea vor asigura exercitarea plenară a dreptului cetăţenilor la asistenţa medicală de calitate.

Cuvântul *acreditare* provine de la latinescul „accredere", ceea ce înseamnă încredere. Semnificaţia acreditării variază în diferite domenii. În diplomaţie, acreditarea este recunoaşterea oficială a unui ambasador de către un guvern străin. În cazul nostru, prin acreditare se are în edere recunoaşterea competenţei unei instituţii medico-sanitare de a executa activităţi specifice profilului ei. Această recunoaştere rezultă din faptul că instituţia aduce dovezi de corespundere cu un anumit număr de exigenţe stabilite anterior (standarde, indicatori ai calităţii, norme în vigoare etc.) şi se supune evaluării de către un grup de profesionişti din exterior, special selectaţi şi antrenaţi, care evaluează activitatea instituţiei şi determină nivelul de complianţă cu standardele din domeniu.

Similară acreditării în alte domenii este certificarea, care, la fel prevede după o fază de pregătire evaluarea instituţiei de către auditori din exterior, în timpul căreia se evaluează conformitatea la normele specifice ei. Auditul de certificare poate fi reuşit sau ratat (nu există niveluri intermediare). Certificarea corespunde unei recunoştinţe internaţionale şi se efectuiază în cadrul normelor ISO 9000, care au fost elaborate de Organizaţia Internaţională de Normalizare (ISO). În cadrul normelor ISO 9000 certificarea corespunde eliberării unui certificat specificat, în urma unei evaluări realizate de un organ independent, care la rândul său este acreditat de o instanţă superioară.

Certificarea are mai multe definiţii: în SUA termenul se referă mai înainte de toate la recunoaşterea, de care beneficiază un profesionist, în special un medic, dacă el a demonstrat, că formarea sa satisface exigenţele definite.

28.2. ASPECTE ISTORICE
ÎN PRACTICA ACREDITĂRII ÎN SĂNĂTATE DIN LUME

În context internaţional, pentru prima dată, acreditarea în sănătate a luat naştere în SUA la începutul secolului al XX-lea la Congresul clinic al chirurgilor Americii de Nord. Congresul era preocupat de evaluarea calităţii spitalelor ca centre de antrenare pentru chirurgi. După unele investigaţii ei au determinat că nu exista nici o bază de comparare a unui spital cu altul şi nici un standard de apreciere. Ca răspuns la această lipsă, Congresul din 1913 a luat 2 decizii importante:

1. Stabilirea standardelor pentru determinarea calităţii serviciilor chirurgicale.
2. Elaborarea standardelor ce vor permite evaluarea spitalelor.

Colegiul American al Chirurgilor după aceasta a început implementarea acestor două decizii. În anul 1918 au fost elaborate standarde pentru spitale cunoscute ca Program de Standardizare a spitalului. La baza lui era stabilirea şi aplicarea de către spitale a principiilor fundamentale pentru îngrijirea eficientă a pacienţilor. Acest program a fost îndeplinit mai mult decât s-a aşteptat Colegiul American. În anul 1945 – 93,6% din spitale au atins standardele minime. Spre sfârşitul anilor 40 Colegiul a realizat că programul a devenit prea vast pentru a fi menajat de o singură organizaţie. Ca urmare a fost făcută recomandarea de a forma o organizaţie mai mare cu mai mulţi actori şi ca rezultat în anul 1952 a fost formată Comisia de acreditare a spitalelor. În anul 1987 Comisia şi-a schimbat denumirea în Comisia de Acreditare a instituţiilor din sistemul de sănătate (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations - JCAHO), care reflectă o evaluare naturală a calităţii serviciilor medicale în SUA. Schimbarea numelui reflectă aplicarea mai largă a acreditării – spitale, instituţii de îngrijire la domiciliu etc.

Către anii 1950-1970 acreditarea a fost răspândită în Canada şi Australia.

Canada, de asemenea, dispune de un program de acreditare naţional similar celui american. Canada iniţial a fost implicată în programul de acreditare al SUA. De fapt spitalele canadiene au participat în programul american de acreditare până în anul 1950. În anul 1953 a apărut ideea de a organiza Comisia Canadiană de acreditare şi numai în 1958 a fost format oficial Consiliul Canadian de Acreditare a Spitalelor (Canadian Council on Hospital Accreditation). Natura programului pe atunci era descrisă ca voluntară, independentă, naţională, bilingvă (franceză şi engleză) şi non-profit. Scopurile ei erau promovarea şi încurajarea prin metode voluntare a unui nivel optimal al calităţii serviciilor medicale în toate aspectele ei prin atingerea standardelor de acreditare de toate spitalele şi instituţiile din sistemul de sănătate. Atât natura, cât şi scopurile programului sunt actuale şi astăzi. Ca şi Comisia Americană Consiliul Canadian şi-a schimbat denumirea în Consiliul Canadian de Acreditare a instituţiilor medicale (Canadian Council on Health Facilities Accreditation - CCHFA) pentru a reflecta domeniul amplu de aplicare a acreditării. În prezent Consiliul oferă standarde pentru spitale de boli acute, instituţii de tratament al bolilor cronice, boli mintale, centre de reabilitare, centre de sănătate, centre de tratare a cancerului, de îngrijiri la domiciliu.

Consiliul **Australian** de Standarde pentru Instituţiile Medicale a acreditat primul spital în anul 1974, deşi pregătirile pentru acreditare au început în anii '50. În anul 1960 a fost format Comitetul reprezentativ al Consiliului Australian, care includea membrii Asociaţiei medicale Australiene, Asociaţiei spitalelor, Colegiul

Regal, Comitetul postuniversitar în medicină. Astăzi Consiliul Australian are mai mult de 20 de organizaţii membre: spitale, asociaţii ale medicilor şi nurselor, guvernului, care ghidează evoluţia programului naţional de acreditare.

Standardele stabilite acoperă toate departamentele şi serviciile unei instituţii, precum şi managementul acesteia. În anul 1988 standardele au fost schimbate. Au fost desfăşurate standardele pentru nurse şi instituţiile de ambulatoriu.

Prima ediţie a standardelor pentru îngrijirea la domiciliu a fost publicată în 1989. Standardele se divizează în 2 părţi – standarde generale şi standarde pentru fiecare serviciu specific. Standardele generale sunt standardele ce acoperă domeniile comune pentru toate instituţiile ce oferă servicii medicale. Standardele specifice diferă de la o instituţie la alta în funcţie de specificul activităţii instituţiei.

În Europa acreditarea a luat naştere abea în anii '80.

Centrul de finanţare Regal pentru Dezvoltarea Serviciilor de Sănătate din **Anglia** a început studierea fezabilităţii programului naţional de acreditare pentru spitale în anii '80. Un document-proiect de standarde denumit: „Acreditarea – Auditul Organizaţional" (Proiect de Program de asigurare a calităţii) a fost elaborat în 1989 pentru a fi revăzut de biroul sistemului de sănătate Britanic. Documentul oferă standarde în 3 grupe:

- Management şi servicii auxiliare (managementul spitalelor, serviciul de alimentare, ecologic, bibliotecă, arhivă, registratură).
- Management profesional (medical, nursing şi specialităţi medicale).
- Management departamental (serviciul de urgenţă şi traume, spitale de boli acute, laboratoare etc.).

În **Franţa,** pe baza experienţei nord-americane a anilor '70, primele Recomandări pentru Practicile Clinice (RPC) franceze au fost elaborate la sfârşitul anilor '80 de un grup de experţi sub egida ANDEM (*Asociaţia pentru Dezvoltarea şi Evaluarea în Medicină)* şi recunoscute pentru valoarea lor printre profesionişti.

Pe plan European, organul ce reglementează activitatea de acreditare este Cooperarea Europeană în Acreditare (EA). Membri ai EA sunt: Austria, Belgia, Danemarca, Finlanda, Franţa, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Norvegia, Portugalia, Spania, Suedia, Elveţia, Marea Britanie. În calitate de membri-asociaţi sunt: România, Cehia, Ungaria, Slovenia, Slovacia, Lituania, Letonia, Estonia, Ungaria.

Metodele internaţionale de recunoaştere a conformităţii nivelului de calitate a serviciilor prestate, inclusiv a celor medicale şi farmaceutice, presupun evaluarea lor conform cerinţelor procesului de acreditare acceptat în cadrul Sistemelor Naţionale de Acreditare.

Aderarea Republicii Moldova la Cooperarea Europeană în Acreditare poate fi realizată prin intermediul Consiliului Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate (în continuare CNEAS), constituit pe lângă Ministerul Sănătăţii în luna iunie anul 2002.

28.3. ACREDITAREA ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE – GARANŢIE A CALITĂŢII SERVICIILOR MEDICALE

Acreditarea în sănătate oferă un sistem complex de apreciere din exterior având trei mari obiective:

1. Să ofere siguranța populației în legătură cu serviciile acreditate printr-un proces cuprinzător și o decizie corectă.

2. Să ofere informații corecte despre performanța serviciului acreditat tuturor instituțiilor interesate, inclusiv populației.

3. Să conțină un proces de stimulare și motivare a organizațiilor și practicienilor în activitatea lor orientată spre satisfacția populației printr-o înaltă calitate a serviciilor prestate.

Scopul acreditării: Finalitatea procesului de acreditare constă în creșterea calității serviciilor medicale și farmaceutice și a satisfacției pacientului și familiei lui.

Acreditarea își propune:

- Să stabilească nivelul calității serviciilor acordate de o instituție medicală sau farmaceutică.
- Să anticipeze dacă instituția în cauză va oferi îngrijiri de calitate acceptabilă în viitor.
- Să crească oferta de îngrijiri a instituției.
- Să recunoască atât în cadrul instituției cât și față de populație, că aceasta oferă îngrijiri de sănătate la cel puțin un nivel acceptabil de calitate și că este pe cale de a-și îmbunătăți activitatea.

Pacientul este figura-cheie în procedura de acreditare. Ea prevede constatarea faptului că condițiile de securitate, de calitate a îngrijirilor și tratamentului acordat pacientului sunt luate în considerare și asigurate de către instituția medicală. Securitatea pacientului rezultă din respectarea de către instituție a drepturilor pacientului stipulate în actele legislative și normative internaționale și naționale, respectarea strictă a regimului sanitaro-igienic și antiepidemic în scopul prevenirii unor maladii infecțioase, menținerea spațiului instituției și teritoriului adiacent, comunicațiilor electrice, termice etc. libere de pericole fizice atât pentru pacienți cât și pentru personal, testarea metrologică a mijloacelor de măsurare etc.

Standardele servesc ca instrument principal în acreditarea instituțiilor medico-sanitare, protejează interesele pacientului și ale personalului medical, sunt elementul strategic de planificare în ocrotirea sănătății, determină cheltuielile la serviciile medicale, corectitudinea tacticii medicale. Standardele sunt la nivelul de bază al acceptabilității. În cazul nostru standardele sunt *minimale* și reprezintă nivelul de accesibilitate de jos. Mai jos este inacceptabilul. *De exemplu:* în spitale, un nivel anumit de curățenie se determină ca un standard. Orice mai jos de acest nivel este inacceptabil din cauza unui risc înalt de infecții sau contaminări pentru pacienți și personal.

Totodată în timp ce standardele minime sunt o necesitate de a le atinge, sunt și alte standarde, pe care tindem continuu să le atingem. Acestea sunt standardele dorite sau *optime*. Standardele minime trebuie să fie atinse în întregime de toți, pe când cele optime reprezintă un nivel de excelență, care poate fi atins de cei care au acest scop.

28.4. REGLEMENTAREA PROCESULUI DE EVALUARE ȘI ACREDITARE ÎN SĂNĂTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Republica Moldova, în scopul integrării în Uniunea Europeană, a semnat un șir de documente internaționale cu privire la aderarea la standardele europene.

Acționând în această direcție, Ministerul Sănătății și-a creat sistemul său național, de evaluare și acreditare în sănătate, fiind totuși depășit de sistemul de învățământ, care a început acreditarea instituțiilor sale mai devreme: toți vor să învețe în instituții prestigioase acreditate, diplomele cărora sunt recunoscute în lumea întreagă. Tot așa trebuie să fie și în medicină: calitatea serviciilor medicale ale unei instituții trebuie să-i servească drept cartelă de vizită. Asigurătorul (CNAM cu agențiile teritoriale), conform prevederilor actelor legislative și normative, este obligat să încheie contracte numai cu prestatorii de servicii medicale acreditați. Pacientul trebuie să fie în siguranță de serviciile medicale prestate de către instituția medicală.

Fiind deja un eveniment de rutină în țările europene, acreditarea în sănătate este un eveniment fără precedent în țara noastră. În conformitate cu Legea Republicii Moldova nr. 552-XV din 18 octombrie 2001 „Privind evaluarea și acreditarea în sănătate", CNEAS este abilitat să organizeze desfășurarea procesului de evaluare și acreditare în sănătate în vederea determinării, pe bază de standarde elaborate și aprobate de MS a capacității instituțiilor medico-sanitare și întreprinderilor farmaceutice cu orice tip de proprietate, formă juridică de organizare și subordonare administrativă de a acorda populației asistență respectivă și de a realiza obiectivele prevăzute de:

– Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.95;
– Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005;
– Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005;
– Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației nr. 1513-XII din 16.06.1993;
– Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr. 1456-XII din 25.05.93;
– Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.98;
– Legea privind protecția consumatorului nr. 1453-XII din 25.05.93 și de alte acte normative internaționale și naționale din domeniul medicinei și farmaciei.

Acreditarea în sănătate este o procedură de evaluare externă a unei instituții medico-sanitare sau întreprinderi farmaceutice efectuată de către experți profesioniști. Ea prevede promovarea ameliorării continue a calități serviciilor prestate de către instituțiile medico-sanitare și întreprinderile farmaceutice și asigurarea condițiilor de securitate și de calitate a îngrijirilor pacienților. CNEAS determină prin intermediul standardelor și indicatorilor calității elaborați a capacității instituției medico-sanitare sau întreprinderii farmaceutice de a acorda populației asistență respectivă.

Standardul cuprinde un ansamblu de acte legislative și normative (naționale și internaționale), care reglementează calitatea serviciilor medicale și farmaceutice. Standardele sunt grupate pe categorii, care cuprind toate domeniile din activitatea unei instituții medico-sanitare sau întreprinderi farmaceutice:

– Drepturile și obligațiunile pacienților
– Practici instituționale
– Îngrijirea pacientului
– Managementul resurselor umane
– Baza tehnico-materială și mediul instituției etc.

Expertul reprezintă un specialist competent de clasă înaltă într-un anumit domeniu al medicinei sau farmaciei. Lista experților este aprobată anual de către conducerea MS, iar în cazul evaluării instituției ei sunt selectați de către colaboratorii Consiliului şi numiți prin ordinul directorului. Experții sunt profesionişti din diferite domenii ale medicinei şi farmaciei, cu o vechime în domeniu nu mai puțin de 10 ani, specialişti cu categorie superioară de calificare sau titlu ştiinţific, având misiunea de a aprecia complianța activității instituției cu standardele naționale din domeniu, de a evalua în ce măsură rezultatele autoevaluării corespund realității, de a oferi instituției recomandări explicite privitor la creşterea calității serviciilor medicale şi farmaceutice.

Organele de administrare şi control ale Consiliului sunt:
- Prezidiul Consiliului
- Secretariatul cu personalul tehnic (organul executiv)
- Comisia de Cenzori.

Prezidiul CNEAS este organul suprem de administrare, care asigură reprezentarea intereselor tuturor părților în raport cu Secretariatul Consiliului, transparența şi echitatea socială în realizarea procesului de Evaluare şi Acreditare în Sănătate. Prezidiul este format din nouă membri: reprezentanți al Ministerului Sănătății, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Asociațiilor Profesioniştilor Medicali, Asociațiilor de Pacienți (consumatori de servicii medicale) şi Directorul executiv al CNEAS. Funcția de Preşedinte al Prezidiului Consiliului o îndeplineşte viceministrul Sănătății.

Angajarea instituțiilor în procedura de evaluare şi acreditare are loc conform orarelor anuale aprobate de către conducerea Ministerului Sănătății. La solicitare, instituția medico-sanitară sau întreprinderea farmaceutică poate fi evaluată în funcție de posibilitățile CNEAS şi în afara acestui orar – printr-un ordin intern al Directorului Consiliului.

Criteriile şi cerințele față de instituțiile medico-sanitare şi întreprinderile farmaceutice la evaluarea şi acreditarea acestora se referă la:
- baza tehnico-materială;
- activitatea economico-financiară;
- profesionalismul personalului medico-sanitar şi farmaceutic;

conformitatea calității serviciilor medico-sanitare şi farmaceutice, eficienței procesului de diagnosticare şi tratament şi a activității farmaceutice cu standardele din domeniu.

28.5. ORGANIZAREA PROCESULUI DE EVALUARE ŞI ACREDITARE

Procedura de acreditare prevede câteva etape:

I. Inițierea procedurii de acreditare şi pregătirea vizitei de evaluare.

Instituția medicală se angajează în procedura de acreditare în baza cererii depuse pe numele directorului executiv al Consiliului, după care se semnează un contract de către ambele părți cu cel puțin o lună înainte de data preconizată pentru vizita de evaluare. La inițierea procedurii conducerea instituției medico-sanitare sau întreprinderii farmaceutice prezintă organigrama. În funcție de organigramă, instituția primeşte standardele de bază de evaluare şi acreditare cu anexele respective,

indicatorii calităţii şi bonul de achitare a serviciilor de acreditare în conformitate cu taxele aprobate de către Guvernul RM. Se iniţiază o mapă, care prevede tot setul de documente de prezentare sumară a instituţiei, de descriere a etapelor procesului de evaluare şi alte documente complementare.

II. Autoevaluarea.

Această etapă prevede perioada de la primirea setului de documente şi până la începerea vizitei de evaluare. Perioada de autoevaluare durează 30 de zile, timp, în care colaboratorii Consiliului oferă servicii consultative persoanelor responsabile de acreditare în vederea pregătirii instituţiei către vizita de evaluare şi în perfectarea documentaţiei, iar instituţia se autoevaluează în conformitate cu standardele primite.

III. Formarea echipei de experţi şi evaluarea instituţiei.

La expirarea termenului sus-numit, setul de documente se întoarce CNEAS, care formează grupul de experţi-vizitatori pentru evaluarea instituţiei. Restricţia obligatorie este de a nu permite participarea în calitate de experţi-vizitatori a reprezentanţilor instituţiei evaluate. Componenţa nominală a echipei de experţi şi durata vizitei de evaluare depinde de capacitatea instituţiei medicale. Doi dintre membrii echipei sunt numiţi preşedinte şi respectiv secretar. Prin ordinul directorului instituţiei medicale este numită persoana din colectiv responsabilă de întocmirea setului de documente al instituţiei, organizarea evaluării şi informării echipei de experţi pe orice problemă ce ţine de desfăşurarea procedurii de evaluare.

Consiliul elaborează calendarul vizitei pentru fiecare instituţie, principalul obiectiv fiind evaluarea complianţei activităţii acesteia cu standardele de bază de evaluare şi acreditare. Durata medie a vizitei este de 2 - 3 zile, timp în care se efectuează evaluarea serviciilor clinice, paraclinice şi farmaceutice, se examinează documentaţia internă a instituţiei. Metodologia adoptată pentru aprecierea respectării standardelor se bazează pe analiza la moment şi cea retrospectivă. În analiza retrospectivă se aleg documentele medicale din perioadele critice ale anului (de exemplu, pentru pediatrie se vor alege internările din timpul iernii, primăverii).

În ultima zi de activitate a echipei de experţi, instituţia este vizitată de către conducerea CNEAS. Vizita se încheie cu o şedinţă de totalizare, la care participă conducerea CNEAS, echipa de experţi şi întreg personalul medical al instituţiei, în timpul căreia sunt deliberate toate subiectele vizate, este efectuat rezumatul activităţii experţilor şi date recomandările necesare.

Fiecare dintre experţii-vizitatori la finele vizitei întocmeşte un raport de evaluare, cu includerea atât a necorespunderilor la standarde, a recomandărilor pentru ameliorarea situaţiei, cât şi a domeniilor de excelenţă, pe care-l prezintă secretarului grupului. Preşedintele şi secretarul grupului de experţi întocmesc raportul final de evaluare a instituţiei cu recomandările respective, îl semnează şi-l prezintă conducătorului instituţiei, apoi îl prezintă la şedinţa CNEAS.

IV. Şedinţa Consiliului şi primirea deciziei.

Preşedintele şi secretarul grupului de experţi participă la şedinţa Consiliului, la care prezintă instituţia, procesul desfăşurării procedurii de evaluare şi concluziile grupului de experţi privind nivelul corespunderii activităţii instituţiei cu standardele de evaluare şi acreditare din domeniu. Preşedintele şi secretarul grupului de experţi, împreună cu membrii Consiliului, au responsabilitatea de a lua decizia privind acreditarea sau neacreditarea instituţiei. Decizia despre rezultatele şedinţei Consiliului sunt comunicate conducerii instituţiei într-un termen de până la 15 zile.

Deciziile Consiliului pot fi rezumate sub următoarea formă:

1. Instituția medico-sanitară sau întreprinderea farmaceutică este acreditată. Acreditarea instituției poate fi însoțită de unele recomandări în vederea înlăturării unor necorespunderi neesențiale la standarde sau fără ele. Instituția medicală implementează măsurile preconizate și asigură realizarea recomandărilor formulate de către grupul de experți în vederea următoarei proceduri de acreditare peste 5 ani. Certificatul de acreditare este însoțit de o scrisoare (Scrisoare de însoțire).

2. Instituția medico-sanitară sau întreprinderea farmaceutică este acreditată condiționat (cu rezerve majore). În cazul când sunt depistate necorespunderi esențiale la standardele de evaluare din domeniu, instituția poate fi acreditată condiționat și administrația trebuie să propună soluții în cazul vizitei repetate la data fixată de către Consiliu.

3. Extinderea perioadei de autoevaluare (cu înaintarea anumitor condiții) pe un termen determinat. Instituția medicală elaborează un raport de realizare, se întreprinde o vizită de evaluare suplimentară (care nu prevede achitarea suplimentară a taxei de acreditare) privitor la subiectele abordate într-un termen fixat de către Consiliu.

4. Instituția medico-sanitară sau întreprinderea farmaceutică este neacreditată. Activitatea instituției nu corespunde standardelor de bază de evaluare și acreditare și respectiv sunt prezente pericole pentru pacienți și angajați. Este necesară o nouă procedură de evaluare, care poate fi efectuată nu mai devreme de 6 luni. Administrația instituției este informată despre decizia Consiliului printr-o scrisoare informativă cu indicarea tuturor necorespunderilor.

Instituția poate formula o contestare a deciziilor Consiliului într-un termen de 5 zile lucrătoare din momentul comunicării rezultatelor prin adresarea unei scrisori oficiale la adresa Prezidiului Consiliului cu motivarea contestării acestora.

În caz de acreditare Certificatul de Acreditare se eliberează pe termen de 5 ani cu o procedură obligatorie de evaluare curentă anuală în vederea verificării îndeplinirii recomandărilor experților și corespunderii activității instituției cu standardele de evaluare din domeniu.

Implementarea evaluării și acreditării în sănătate asigură soluționarea următoarelor probleme:

- Asigurarea cu informații și consultații a specialiștilor și populației.
- Ridicarea calității serviciilor medicale prestate populației.
- Depistarea celor mai bune instituții medicale și schimbul de experiență.
- Adoptarea de către toate instituțiile medicale și farmaceutice a standardelor naționale, care exclud dublarea lor neîntemeiată.
- Depistarea instituțiilor medicale și farmaceutice cu un nivel scăzut de prestare a serviciilor și susținerea lor în perfecționarea calității serviciilor prestate.
- Pacientul beneficiază de servicii garantate și calitative și de o vastă informație pentru alegerea serviciilor medicale prestate pe piață.
- Medicul este protejat în cazul unor conflicte, deoarece el lucrează în conformitate cu standardele recunoscute într-o instituție acreditată.
- Companiile de asigurări au posibilitatea de a încheia contracte și de a se orienta pe piața serviciilor medicale.

Procedura de evaluare și acreditare este în continuă adaptare și dezvoltare, luându-se în considerare atât observațiile specialiștilor, cât și așteptările consumatorilor de servicii medicale.

STRATEGIA DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

29.1. SCOPUL ŞI PRIORITĂŢILE DE BAZĂ

1. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada anilor 2007-2016 (în continuare - Strategie) este parte componentă a politicii social-economice a statului, direcţionată spre dezvoltarea sistemului sănătăţii al republicii, în care sunt concretizate scopurile şi priorităţile de bază, expuse în Programul de activitate a Guvernului pe anii 2005-2009 „Modernizarea ţării – bunăstarea poporului", în Strategia de creştere economică şi reducere a sărăciei (SCERS), Programul Naţional „Satul Moldovenesc", în Planul de Acţiuni Republica Moldova – Uniunea Europeană şi în Politica Naţională de Sănătate.

2. Scopurile sistemului de ocrotire a sănătăţii sunt de a îmbunătăţi sănătatea, de a oferi protecţia de riscuri financiare pentru necesităţi în servicii de sănătate, de a acorda oportunităţi egale cetăţenilor pentru a reduce inegalitatea şi de a spori satisfacţia utilizatorilor. Aceste scopuri trebuie atinse într-un mod eficient, prin intervenţii eficace, pe bază de dovezi, şi în cadrul unui sistem, care ar fi sensibil la necesităţile utilizatorului.

3. Direcţiile strategice prevăd pentru viitor ca toată populaţia, indiferent de apartenenţă, locul de trai, posibilitatea de a plăti pentru servicii, trebuie să aibă acces egal la servicii esenţiale de sănătate de calitate şi să fie informaţi despre riscurile, care ar putea să influenţeze sănătatea proprie şi a familiilor lor.

4. Scopul Strategiei este ameliorarea sănătăţii, ameliorarea protecţiei financiare şi îmbunătăţirea gradului de satisfacţie a populaţiei prin sporirea adecvată a performantelor sistemului de sănătate.

5. Scopul Strategiei se asigură prin realizarea următoarelor obiective generale, care au stat la baza structurii acesteia:

a) îmbunătăţirea dirijării sistemului de sănătate în vederea asigurării condiţiilor necesare implementării obiectivelor propuse în cadrul Politicii Naţionale de Sănătate;
b) îmbunătăţirea finanţării şi a mecanismelor de plată a serviciilor de sănătate;
c) organizarea şi prestarea serviciilor de sănătate adecvate cerinţelor şi ajustate la necesităţile populaţiei;
d) generarea şi asigurarea resurselor necesare pentru sistemul de sănătate.

6. În urma implementării Strategiei se tinde spre:

a) un sistem de sănătate, care ajută pacientul, familia lui si comunitatea să realizeze potenţialul deplin de sănătate;
b) un sistem de sănătate, care este acolo unde pacientul are nevoie de el şi la momentul, la care pacientul are nevoie de el;

c) un sistem de sănătate eficient, transparent şi în care populaţia are încredere;
d) un sistem de sănătate, care încurajează populaţia să-şi exprime opinia şi care să asigure că opinia ei contează;
e) un sistem de sănătate, care să contribuie la eforturile generale de creştere a capacităţii economico-sociale pe termen lung.

7. Strategia ia în considerare valorile ce se referă la:
a) echitate în alocarea resurselor şi accesul populaţiei la servicii de sănătate;
b) servicii centrate pe pacient, satisfacţie crescută a utilizatorilor de servicii de sănătate;
c) servicii de calitate pentru pacient, la cel mai bun raport cost/calitate;
d) responsabilităţi clar definite.

8. Strategia se angajează să îmbunătăţească managementul sistemului sănătăţii în vederea asigurării dreptului la ocrotirea sănătăţii populaţiei pe principii de echitate şi angajamente solidare din partea statului şi a individului, respectarea corectitudinii şi a echitaţii în ceea ce priveşte contribuţiile financiare şi acces la serviciile unui sistem ce va promova mai activ sănătatea şi va soluţiona problemele de sănătate ale populaţiei prin capacitatea receptivă a sa la schimbări situaţionale.

9. Realizarea cu succes a strategiei presupune un angajament politic ferm, o dirijare efectivă şi vizibilă, asigurare cu resurse necesare, un management şi o planificare bună, un sistem eficient de monitorizare şi evaluare la fiecare nivel şi disponibilitatea personalului competent. Pe de altă parte este nevoie de participarea şi suportul partenerilor sociali, organizaţiilor nonguvernamentale, asociaţiilor interesate şi a grupurilor comunitare. Un rol semnificativ în perioada de tranziţie îi revine cooperării cu structurile internaţionale, atât din punctul de vedere al asistenţei tehnice, cât şi al atragerii investiţiilor donatorilor străini.

29.2. ANALIZA DE SITUAŢIE

29.2.1. STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAŢIEI

10. În ceea ce priveşte durata medie a vieţii, Republica Moldova demonstrează o tendinţă similară ca şi cea observată în statele vecine, precum şi în unele ţări ale Europei de Est. Deşi declinul în durata medie a vieţii a fost revirat şi în prezent aceasta a ajuns la 67,9 ani, multe mai pot fi făcute pentru a îmbunătăţi situaţia în continuare. Acest nivel este cu circa 10 ani mai jos de media statelor Uniunii Europene.

11. Republica Moldova a realizat succese considerabile în ceea ce priveşte indicatorii esenţiali de sănătate, aşa ca rata mortalităţii infantile şi a mortalităţii materne. În perioada anilor 2001-2006, de exemplu, rata mortalităţii infantile a scăzut cu 26% (de la 16,3 decese la 1000 nou-născuţi în anul 2001, la aproximativ 11,8 decese la 1000 nou-născuţi în anul 2006). Rata mortalităţii materne constituie în prezent 16,0 decese materne la 100.000 de născuţi vii în comparaţie cu 43,9 în anul 2001. Cu toate acestea indicatorii respectivi rămân a fi mai mari decât media europeană.

12. Mortalitatea populaţiei în vârstă aptă de muncă este de 7 ori mai mare decât în ţările Uniunii Europene. Cele mai importante cauze ale deceselor în Republica

Moldova includ maladiile sistemului circulator şi neoplasmele maligne. Maladiile sistemului digestiv sunt de asemenea o cauză importantă a deceselor în ţară. Pe parcursul anului 2006, din numărul total de decese în vârstă aptă de muncă cauzate de maladii ale sistemului circulator, sistemului respirator şi a sistemului digestiv, precum şi a neoplasmelor maligne, aproximativ 66,0% din decese au fost cauzate de maladiile, care fac parte din acest grup. Chiar dacă s-ar lua în considerare diferenţele de vârstă, cauzele generale ale deceselor ar fi aceleaşi.

13. În mod similar, consumul de alcool şi tutun, de asemenea, sunt factori importanţi, care determină profilul epidemiologic al ţării, datorită faptului că aceste practici sunt într-o legătură strânsă cu multe maladii cronice, aşa ca maladiile sistemului circulator şi neoplasmele maligne. De asemenea, incidenţa psihozei alcoolice a sporit cu 34% în perioada între 2001-2006. Pe parcursul acestei perioade, rata decesului prin hepatită şi ciroză hepatică a sporit cu 7,8%.

14. Sistemul sănătăţii din Republica Moldova demonstrează un dublu profil epidemiologic, care, în primul rând, este caracterizat de prezenţa maladiilor caracteristice pentru ţările în curs de dezvoltare, aşa ca bolile infecţioase şi parazitare condiţionate de epidemia HIV/SIDA şi Tuberculoză, şi, în al doilea rând, de bolile cronice caracteristice ţărilor unde tranziţia epidemiologică a ajuns la etape avansate, de exemplu, cancerul şi bolile sistemului circulator. Ratele de prevalenţă pentru hipertensiune, de exemplu, sunt de 8 ori mai înalte în Republica Moldova decât în Marea Britanie şi de 6,4 ori mai înalte decât în SUA. În mod similar, diabetul prezintă un decalaj asemănător comparativ cu aceste două ţări. Doar la cancer şi într-o măsură mai mică la infarct miocardic, Republica Moldova demonstrează rate de prevalenţă similare.

15. Cu referinţă la rezultatele obţinute în sectorul sănătăţii în lumina Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului se constată următoarele: Ratele de mortalitate şi morbiditate în Republica Moldova continuă să rămână mult mai în urmă de cele regionale, ceea ce indică necesitatea de a depune eforturi semnificative pe termen mediu şi lung pentru a ajunge la rate similare acestora. Rata mortalităţii infantile este de 2,5 ori mai înaltă în Republica Moldova decât în Uniunea Europeană, rata mortalităţii materne este de 4 ori mai înaltă, rata incidenţei tuberculozei este de 11 ori mai înaltă, iar rata incidenţei HIV-SIDA este de 1,3 ori mai înaltă. Evaluarea preliminară a dinamicii indicatorilor Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului indică o probabilitate foarte înaltă de micşorare către anul 2015 a ratei incidenţei tuberculozei şi o probabilitate moderată spre joasă de realizare a restului obiectivelor-cheie: mortalitatea infantilă, mortalitatea maternă şi incidenţa HIV-SIDA.

29.2.2. EVOLUŢIA RECENTĂ A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA

16. În pofida realizărilor considerabile înregistrate pe parcursul ultimilor câţiva ani, agenda reformei din sistemul de sănătate în Republica Moldova n-a fost finalizată. Progresul realizat până în prezent a pus accentul pe consolidarea infrastructurii, cu o extindere limitată a reformelor asupra unor aşa probleme-cheie, cum ar fi calitatea serviciilor de sănătate şi eficacitatea instituţiilor medico-sanitare publice.

17. Reforma în domeniul finanţării sistemului de sănătate şi fortificarea asistenţei medicale primare au constituit pilonii de bază în procesul de consolidare a sistemului sănătăţii din Republica Moldova la etapa de tranziţie. Implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate au influenţat pozitiv asupra sporirii protecţiei financiare a populaţiei şi accesului la serviciile de sănătate. Totuşi accesul pentru familiile mai sărace şi cele din mediul rural continuă să fie mai redus, ceea ce indică necesitatea extinderii rapide a cuprinderii cu asigurările de asistenţă medicală în aceste regiuni.

18. O problemă ce necesită o atenţie sporită la această etapa este şi receptivitatea prestatorilor şi calitatea serviciilor de sănătate. Indicatorii calităţii sunt departe de a corespunde standardelor internaţionale. Astfel, este extrem de important de a demara o nouă etapă a reformelor axate pe schimbări structurale, care vor rezulta cu eficienţă şi calitate sporită.

29.2.3. ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE

19. Deşi odată cu reformarea finanţării sistemului de sănătate prin introducerea de la 1 ianuarie 2004 a asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, acumulările în bugetul consolidat pentru sănătate au sporit, cheltuielile totale efectuate în Moldova pentru sănătatea fiecărui locuitor sunt sub nivelul ţărilor vecine. Pe fondul acestei situaţii continuă să rămână ca o problemă calitatea managementului sistemului şi instituţiilor medico-sanitare publice, ceea ce cauzează eficienţa scăzută a utilizării fondurilor formate din contribuţiile populaţiei pentru sănătate şi reduce posibilitatea îmbunătăţirii evidente a indicatorilor specifici sănătăţii şi demografiei. Extinderea reţelei de Asistenţă Medicală Primară şi introducerea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală au asigurat stoparea tendinţelor nefavorabile, care s-au manifestat la hotarul dintre milenii. În anul 2006, nivelul de finanţare din buget a sporit până la 4,8% din PIB, iar totalul cheltuielilor pentru sectorul sănătăţii, conform studiilor Băncii Mondiale, se estimează aproape la 10% din PIB. În prezent circa 75,7% din populaţie sunt cuprinse cu asigurări de asistenţă medicală, iar peste 80% din populaţie beneficiază de acces la medicina de familie. Plus la aceasta, indicatorii stării de sănătate se îmbunătăţesc şi, de asemenea, creşte şi nivelul general de satisfacţie. Totuşi, mai rămân încă multe provocări. De exemplu, sectorul spitalicesc continuă să ducă povara dublării serviciilor şi utilizării ineficiente a resurselor disponibile, plăţile informale încă mai constituie o sursă importantă de venit în sistem, iar practicile clinice au fost doar puţin modificate în scopul promovării asistenţei medicale cu costuri minime şi a iniţiativelor în bază de calitate.

29.2.4. SPITALELE

20. Ca rezultat al reformei spitalelor publice, în ultimii zece ani numărul de paturi spitaliceşti s-a redus circa în jumătate, ajungând la 56,6 paturi la 10 000 de locuitori şi a atins media ţărilor Uniunii Europene. Cu toate acestea, rata de ocupare a patului în multe spitale rămâne sub nivelul dorit, ceea ce indică posibilităţi de eficientizare şi raţionalizare a reţelei instituţiilor spitaliceşti. Conform estimărilor experţilor internaţionali, Republica Moldova ar putea satisface necesităţile populaţiei cu o reţea de spitale planificate şi structurate raţional în funcţie de accesul

geografic şi profilul demografic al populaţiei. Eficientizarea continuă a infrastructurii spitaliceşti şi a echipamentului medical este un pas de importanţă majoră în reducerea costurilor fixe în sistem şi o posibilitate de a utiliza resursele eliberate pentru ameliorarea calităţii serviciilor medicale. Utilizarea raţională a capacităţilor eliberate include, de asemenea, şi reprofilarea paturilor pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijire de lungă durată în cazul maladiilor cronice.

29.2.5. MEDICII ŞI ASISTENTELE MEDICALE

21. Numărul total de angajaţi în reţeaua Ministerului Sănătăţii în anul 2006 a fost de 58 722, cifra aflându-se în scădere pe parcursul ultimilor doi ani. Numărul medicilor la 10 000 de locuitori se micşorează în ultimii ani cu circa 0,6% pe an, fiind în prezent de 30,1 medici la 10 000 de locuitori. Rămâne o problemă şi disproporţia în distribuirea resurselor umane în interiorul reţelei. Doar pe parcursul unui singur an numărul medicilor în instituţiile medicale raionale şi municipale s-a micşorat respectiv cu 1,3% şi 1,1% şi s-a majorat doar în instituţiile medico-sanitare republicane cu circa 1,4%, pe când refluxul asistenţilor medicali din sistemul sănătăţii continuă, ajungând în anul 2006 nivelul de 27 la 100 000 de locuitori, ceea ce este sub nivelul mediu al Uniunii Europeane.

Concluzii:

22. În ultimii cinci ani Republica Moldova a realizat un progres semnificativ în reformarea sectorului sănătăţii. Prima etapă a reformelor a fost orientată spre stoparea declinului sistemului de sănătate condiţionată de criza financiară din ultimul deceniu al mileniului trecut. A doua etapă în mare parte a fost impulsionată de introducerea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, care a condus la sporirea finanţării sectorului, la ameliorarea protecţiei financiare a populaţiei şi la accesul ei la servicii medicale. Următoarea etapă a reformelor prevede mobilizarea tuturor resurselor spre schimbări structurale, care vor rezulta cu eficienţă şi calitate sporită a sistemului de sănătate.

29.3. OBIECTIVELE GENERALE ŞI SPECIFICE

29.3.1. DIRIJAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

23. Obiectiv general: Îmbunătăţirea managementului sistemului de sănătate în vederea asigurării condiţiilor necesare implementării obiectivelor propuse în cadrul Politicii Naţionale de Sănătate.

24. Obiective specifice:

a) îmbunătăţirea capacităţii Ministerului Sănătăţii de elaborare si implementare a politicilor de sănătate si planificare strategică;

b) întărirea capacităţii autorităţilor sanitare de monitorizare si evaluare a sistemului de sănătate;

c) perfecţionarea mecanismelor de comunicare în procesul de dirijare;

d) consolidarea parteneriatului intersectorial în luarea deciziilor de sănătate;

e) creşterea implicării populaţiei, societăţii civile si profesionale în luarea deciziilor de politici de sănătate;

f) alinierea legislaţiei naţionale în domeniul sănătăţii la standardele europene;

Argumentare.

25. Exercitarea efectivă a funcţiei de dirijare este o premisă importantă pentru prestarea unor servicii de sănătate calitative, asigurarea adecvată a sistemului sănătăţii cu personal medical calificat şi cu tehnologii corespunzătoare. Dirijarea adecvată a sistemului permite mobilizarea surselor financiare necesare, punerea în aplicare a mecanismelor de selectare a priorităţilor şi asigurarea utilizării raţionale şi eficiente a resurselor disponibile pentru atingerea rezultatelor dorite.

Probleme identificate.

Capacitatea strategică şi de analiză redusă.

26. Un rol-cheie al Ministerului Sănătăţii este stabilirea cadrului regulatoriu orientat spre realizarea unei performanţe optime a întregului sistem de sănătate. Îmbunătăţirea capacităţilor în elaborarea politicilor din domeniu necesită fortificarea resurselor umane ale Ministerului Sănătăţii în planificare strategică, în managementul şi economia sistemului de sănătate.

27. Planificarea strategică este una din principalele funcţii ale Ministerului Sănătăţii pentru realizarea eficientă a procesului de dirijare. Ea necesită informaţii din partea unui sistem de monitorizare şi evaluare solid, care în prezent nu este suficient dezvoltat pentru furnizarea la timp a datelor necesare.

Capacitatea de dirijare redusa în teritoriu.

28. Există un vast neajuns de manageri calificaţi în sector pentru a facilita realizările pozitive în eficacitate, calitate şi satisfacţie. Reformele curente din sectorul sănătăţii conferă o autonomie mai mare instituţiilor medico-sanitare publice. Totuşi există o cunoaştere slabă a unor aşa tehnici manageriale moderne, cum ar fi planificarea şi managementul proiectului, prognozarea, gestionarea financiară, negocierile, contractarea şi managementul resurselor. Majoritatea profesioniştilor din ocrotirea sănătăţii, care se află actualmente pe posturi de conducere, au primit o formare pur medicală. Ei au nevoie de o recalificare şi de aceea este necesar de a angaja prin concurs în serviciu manageri pentru a face noul model de sănătate funcţional.

Implicarea redusă a populaţiei în luarea deciziilor.

29. Răspunderea sistemului la necesităţile populaţiei depinde de gradul de implicare a cetăţenilor în procesul de stabilire a politicii sănătăţii. Aceasta include participarea în procesul de planificare pentru definirea priorităţilor bazate pe necesităţi, pe determinarea mecanismelor de finanţare şi mobilizarea resurselor, cât şi pe îmbunătăţirea procesului de prestare a serviciilor prin evaluarea calităţii acestora, ceea ce corespunde noului model recomandat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, care este axat pe pacient cu garantarea siguranţei maximale pentru beneficiarul şi prestatorul serviciilor.

Obiectivele specifice şi principalele direcţii de acţiune.

30. Îmbunătăţirea capacităţii Ministerului Sănătăţii de elaborare si implementare a politicilor de sănătate si planificare strategică. În acest sens se preconizează următoarele direcţii de acţiune:

a) fortificarea capacităţilor Ministerului Sănătăţii;
b) restructurarea instituţiilor subordonate si crearea unor noi instituţii;
c) restructurarea şi redefinirea rolurilor autorităţilor locale;
d) perfecţionarea mecanismului de colaborare dintre nivelul regional si cel central.

31. Întărirea capacităţii autorităţilor sanitare de monitorizare si evaluare a sistemului de sănătate. Următoarele direcţii de acţiune preconizează:

a) definirea indicatorilor de monitorizare si evaluare;
b) definirea seturilor standard de date ce urmează a fi colectate şi a fluxurilor de date în sistem;
c) armonizarea arhitecturii, platformelor tehnologice şi standardelor pentru Sistemul Informaţional Medical Integrat.

32. Perfecţionarea mecanismelor de comunicare în procesul de dirijare cu următoarele direcţii de acţiune:

a) definirea si implementarea strategiei de comunicare în procesul de dirijare;
b) fortificarea serviciului de presă şi relaţii cu publicul şi societatea civilă a Ministerului Sănătăţii;
c) instruirea personalului Ministerului Sănătăţii în tehnici de comunicare.

33. Consolidarea parteneriatului intersectorial în luarea deciziilor de sănătate prevede următoarea direcţie de acţiune:

a) consolidarea parteneriatului intersectorial în luarea deciziilor de sănătate.

34. Creşterea implicării populaţiei, societăţii civile si profesionale în luarea deciziilor de politici de sănătate. În acest sens sunt prevăzute următoarele direcţii de acţiune:

a) dezvoltarea mecanismelor de implicare a profesioniştilor în luarea deciziilor de politici de sănătate;
b) dezvoltarea mecanismelor de implicare a populaţiei si societăţii civile în luarea deciziilor în sănătate;
c) dezvoltarea mecanismelor de implicare a partenerilor sociali în luarea deciziilor în sănătate.

35. Alinierea legislaţiei naţionale în domeniul sănătăţii la standardele europene. Următoarea direcţie de acţiune preconizată este:

a) creşterea capacităţilor Ministerului Sănătăţii pentru ajustarea legislaţiei la agrementul comunitar.

29.3.2. FINANŢAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ŞI MECANISME DE PLATĂ A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

36. Obiectiv general: îmbunătăţirea finanţării şi a mecanismelor de plată a serviciilor de sănătate.

37. Obiective specifice:

a) îmbunătăţirea finanţării sistemului de sănătate;
b) îmbunătăţirea mecanismelor de plată si contractare a prestatorilor de servicii,
c) sporirea echităţii si transparenţei în alocarea resurselor şi a protecţiei financiare a cetăţenilor.

Argumentare.

38. Finanţarea este unul din factorii principali, care determină funcţionarea durabilă a sistemului de sănătate şi creează condiţii favorabile de realizare a necesităţilor şi cererii populaţiei în servicii medicale de calitate şi în volum adecvat. Aplicarea corectă şi la timp a pârghiilor de reglare a finanţării sistemului permite

sporirea accesului echitabil al populației la serviciile medicale esențiale, oportune și calitative, asigură utilizarea rațională și eficientă a resurselor și favorizează motivarea pozitivă a prestatorilor de servicii medicale.

Probleme identificate.

39. Deși odată cu introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală a crescut gradul de stabilitate financiară a sistemului și s-a îmbunătățit accesul populației la servicii medicale de bază, anumite probleme din domeniul finanțării nu au fost soluționate.

40. Rămâne substanțială cota populației aflate în afara sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, îndeosebi în rândul persoanelor autoangajate, cu venituri mici și preponderent din mediul rural.

41. Persistă inechitatea atât pe verticală cât și pe orizontală în contribuțiile financiare pentru sănătate. Aceasta se manifestă prin flexibilitate redusă în colectarea și formarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală și lipsa criteriilor obiective de apreciere a gradului de vulnerabilitate socială a categoriilor de populație, pentru care se alocă mijloace bugetare.

42. Este relativ mare povara contribuțiilor alocate din bugetul de stat în fondul asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru un spectru larg de categorii fără a ține cont de veniturile reale ale acestora și de capacitățile de achitare a primelor de asigurare.

Obiectivele specifice și principalele direcții de acțiune.

43. Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate. În acest sens se preconizează realizarea următoarelor direcții de acțiune:

a) creșterea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
b) asigurarea garanțiilor statului în participarea la finanțarea sistemului de sănătate;
c) sporirea suportului și rolului administrației publice locale în finanțarea serviciilor de sănătate;
d) dezvoltarea asigurării facultative prin prestarea serviciilor supra-pachet de asistență medicală.

44. Îmbunătățirea mecanismelor de plată și contractare a prestatorilor de servicii. Pentru atingerea acestui obiectiv se prevăd următoarele direcții de acțiune:

a) îmbunătățirea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în Asistența Medicală Primară;
b) îmbunătățirea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în condiții de ambulatoriu;
c) îmbunătățirea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în Spital;
d) îmbunătățirea mecanismelor de plata a prestatorilor de servicii de urgență;
e) îmbunătățirea mecanismelor de plată a altor categorii de servicii de sănătate noi introduse: la domiciliu, paliative etc.;
f) îmbunătățirea mecanismelor de contractare a serviciilor de sănătate;
g) sporirea gradului de autonomie a prestatorilor în gestionarea resurselor financiare;
h) dezvoltarea mecanismului de evaluare și monitorizare a eficienței resurselor folosite.

45. Sporirea echității si transparenței în alocarea resurselor și a protecției financiare a cetățenilor. Direcțiile de acțiune preconizate sunt:

a) îmbunătăţirea echitaţii în constituirea şi utilizarea resurselor financiare pentru servicii de sănătate;
b) creşterea transparenţei în alocarea şi utilizarea resurselor financiare.

29.3.3. PRESTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

46. Obiectiv general: Organizarea şi prestarea serviciilor de sănătate adecvate cerinţelor şi ajustate la necesităţile populaţiei.

47. Obiective specifice:
a) promovarea asistenţei medicale integrate şi asigurarea continuităţii serviciilor medicale în soluţionarea problemelor de sănătate a populaţiei;
b) dezvoltarea unor domenii prioritare ale sistemului de sănătate cu impact asupra sănătăţii publice şi importanţă strategică;
c) îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale şi creşterea satisfacţiei pacienţilor.

Argumentare.

48. Actualmente, în sistemul de prestare a serviciilor medicale s-au creat premisele necesare pentru restructurarea reţelei sistemului de sănătate cu dezvoltarea prioritară a asistenţei medicale primare.

49. Obiectivul principal al acţiunilor de reformă a reţelei prestatorilor este de a obţine o sporire a cost-eficienţei şi cost-eficacităţii sistemului de sănătate. Acest obiectiv va fi obţinut prin fortificarea capacităţii prestatorilor de asistenţă medicală primară şi iniţierea schimbărilor tranşante în reţeaua spitalicească, orientate spre utilizarea eficientă şi raţională a resurselor disponibile din sistemul sănătăţii.

50. Este un imperativ continuarea dezvoltării asistenţei medicale primare axate pe crearea infrastructurii fizice moderne, dotarea cu echipament adecvat, consumabile şi medicamente necesare şi pe competenţa adecvată a personalului medical, toate necesare pentru asigurarea accesului maximal al populaţiei la servicii medicale de bază şi calitative.

51. Succesul reformei iniţiate depinde de utilizarea raţională a capacităţilor instituţionale existente şi de intervenţiile sistematice şi bine ţintite spre îmbunătăţirea eficienţei, calităţii şi satisfacţiei beneficiarilor. Elementele-cheie, care urmează a fi operate, sunt următoarele:
a) obţinerea accesului universal: Sistemul de sănătate trebuie să evolueze astfel, încât să asigure protecţia tuturor cetăţenilor Republicii Moldova în cadrul unui pachet definit de servicii reieşind din necesităţile de sănătate ale populaţiei, ajustat la posibilităţile financiare ale societăţii.
b) schimbări în paradigma asistenţei medicale: paradigma urmează să promoveze o asistenţă medicală primară mai consistentă şi calitativă, prin introducerea şi utilizarea protocoalelor clinice, încurajarea tehnologilor cost-eficace, sporirea competenţei profesionale prin îmbunătăţirea capacităţilor instituţiilor de învăţământ şi ajustarea programelor de studii.
c) raţionalizarea continuă a infrastructurii: concomitent cu demararea procesului de ajustare a capacităţilor infrastructurii apare necesitatea instituţionalizării şi dezvoltării Centrelor de Performanţă axate pe tehnologii înalte, costisitoare şi proporţional distribuite, şi raţional utilizate pentru asigurarea accesului echitabil al pacienţilor din întreaga republică.

Probleme identificate.

52. Actualmente prestatorii de servicii nu dispun de o autonomie decizională reală în gestionarea resurselor, care ar motiva cost-eficienţa şi ar spori responsabilitatea pentru rezultatele obţinute.

53. O problemă încă nesoluţionată este calitatea serviciilor de sănătate prestate cauzată în mare măsură de lipsa programelor menite de a o îmbunătăţi prin orientarea furnizorilor de servicii spre satisfacţia maximală a beneficiarilor acestora. Una din cauzele principale este abordarea fragmentată a managementului calităţii, în special utilizarea limitată a protocoalelor clinice şi mecanismelor insuficient dezvoltate de motivare a prestatorului în funcţie de performanţele acestuia. Procesul de acreditare nu a devenit o obligativitate pentru fiecare prestator la contractarea serviciilor. Rămâne a fi o problemă lipsa unui sistem informaţional medical integrat.

54. Starea infrastructurii instituţionale nu este una sigură. Clădirile sunt vechi şi echipamentul este departe de tehnologiile moderne, ceea ce limitează serios capacitatea instituţiilor medico-sanitare publice de a presta serviciile într-un mod oportun şi la standarde de calitate înaltă. Insuficient sunt dezvoltate mecanismele de includere a necesităţii infrastructurii în preţul de cost al serviciilor, limitând prin aceasta posibilităţile de dezvoltare instituţională durabilă. În grad insuficient sunt utilizate şi posibilităţile fondatorului în acest proces prin investiţii capitale în scopuri de reutilare şi reamenajare a instituţiilor medico-sanitare publice.

Obiective specifice şi direcţii prioritare de acţiune.

55. Promovarea asistentei medicale integrate şi asigurarea continuităţii serviciilor medicale în soluţionarea problemelor de sănătate a populaţiei. În acest sens se preconizează următoarele direcţii de acţiune:

a) evaluarea necesitaţilor reale ale populaţiei în servicii de sănătate;
b) sporirea rolului şi autorităţii Asistenţei Medicale Primare în sistemul naţional de sănătate, cu accentuarea prioritară pe măsurile de prevenire a maladiilor;
c) fortificarea asistenţei medicale de urgenţă şi dezvoltarea serviciilor paramedicale;
d) determinarea rolului asistenţei medicale specializate de ambulatoriu;
e) modernizarea serviciilor de asistenţă spitalicească;
f) dezvoltarea îngrijirilor comunitare şi la domiciliu;
g) creşterea rolului parteneriatului public-privat în furnizarea serviciilor de sănătate;
h) dezvoltarea domeniului de telemedicină.

56. Dezvoltarea serviciilor de sănătate publică, orientate spre promovarea sănătăţii şi profilaxia maladiilor cu impact asupra sănătăţii publice şi importanta strategică. Direcţii de acţiune:

a) fortificarea serviciilor de sănătate publică;
b) fortificarea serviciilor de medicină preventivă, orientate spre promovarea sănătăţii populaţiei şi profilaxia maladiilor;
c) asigurarea controlului asupra bolilor transmisibile prin implementarea unui nou sistem de supraveghere epidemiologică a maladiilor infecţioase, inclusiv cu extinderea schemei de vaccinări şi asigurarea acoperirii vaccinale ca măsura cea mai eficientă de prevenire primară a bolilor transmisibile;

d) reducerea poverii bolilor nontransmisibile prin fortificarea şi susţinerea programelor de promovare a sănătăţii şi supraveghere a maladiilor nontransmisibile, inclusiv şi pentru schimbarea stereotipului comportamentului uman şi majorarea responsabilităţii individului, familiei şi comunităţii pentru sănătatea publică;
e) implementarea Politicii de Sănătate Mintală;
f) asigurarea Realizării Programelor Naţionale referitor la bolile transmisibile reflectate în Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (Tuberculoza, HIV/SIDA si Infecţiile cu Transmitere Sexuală);
g) îmbunătăţirea sănătăţii mamei si copilului in linie cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului;
h) asigurarea capacităţilor de intervenţie a serviciilor de sănătate în situaţii de calamităţi si situaţii excepţionale;

57. Îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale şi creşterea satisfacţiei pacienţilor. Direcţii de acţiune:
a) dezvoltarea şi implementarea unui sistem de asigurare şi îmbunătăţire a calităţii serviciilor medicale;
b) fortificarea sistemului de acreditare în sistemul de sănătate;
c) asigurarea respectării drepturilor pacienţilor.

29.3.4. GESTIONAREA RESURSELOR

58. Obiectiv general: Generarea şi asigurarea resurselor necesare pentru sistemul de sănătate.

59. Obiective specifice:
a) managementul resurselor umane pentru utilizarea raţionala a cadrelor existente si producerea adecvată, diversificată şi performantă de cadre în sistemul de sănătate;
b) consolidarea bazei tehnico-materiale a instituţiilor din sistemul de sănătate;
c) managementul raţional al medicamentelor.

Argumentare.

60. Resursele umane sunt elementul-cheie, care asigură buna funcţionare şi răspunderea sistemului de sănătate la necesităţile populaţiei, exercitând un impact direct asupra organizării şi sporirii eficacităţii sistemului, cât şi asupra calităţii serviciilor şi gradului de satisfacţie a beneficiarilor. Dezechilibrul în planificarea, producerea şi gestionarea resurselor umane, în condiţiile resurselor financiare limitate deseori creează fenomene sociale şi economice nedorite, care pot duce la creşterea consumului nejustificat şi la sporirea concomitentă a cheltuielilor pentru sănătate. Timpul de 9-11 ani necesar pentru formarea profesională a personalului medical alături de costul acesteia impune necesitatea unei planificări strategice bine ajustată a forţei de muncă şi a unei reglementări în politica de cadre.

61. Concomitent cu fortificarea componentului de resurse umane rămâne actuală şi necesitatea dezvoltării infrastructurii instituţionale şi a tehnologiilor medicale noi cost-eficiente şi bazate pe dovezi. Aceasta presupune reconfigurarea, raţionalizarea şi reabilitarea instituţiilor medico-sanitare şi dotarea acestora cu echipament modern în conformitate cu cerinţele internaţionale, precum şi îmbunătăţirea

competențelor personalului în aplicarea tehnologiilor şi utilizarea echipamentelor. Toate acestea vor duce la ridicarea eficienţei şi eficacităţii serviciilor medicale, optimizarea utilizării resurselor şi la ridicarea calităţii actului medical.

Probleme identificate.

62. În Republica Moldova problemele de management al resurselor umane se împart în trei categorii majore:

a) ce ţin de repartizarea neuniformă numerică, care înseamnă necorespunderea dintre numărul existent şi cel necesar al prestatorilor de servicii de diferite specialităţi;
b) ce ţin de repartizarea neuniformă de capacităţi, care înseamnă necorespunderea dintre nivelul de pregătire profesională şi capacităţile solicitate de sistemul sanitar;
c) ce ţin de distribuţia neuniformă a personalului medical, atât urban/rural, cât şi între specialităţile „prestigioase/neprestigioase".

63. Asigurarea populaţiei cu medici este inferioară mediilor europene (29,5 fata de 33,3 la 10 000 de locuitori), însă ea poate fi considerată suficientă pentru asigurarea accesului la îngrijirile primare şi de specialitate. Una din problemele, cu care se confruntă sistemul de sănătate, este distribuţia teritorială neuniformă a personalului medical, mai multe localităţi din mediul rural fiind astăzi fără medici de familie. În acelaşi timp, a devenit acută problema insuficienţei cadrelor cu studii medii.

64. Toate problemele menţionate mai sus sunt cauzate de salarizarea inadecvată şi nivelul inadecvat de management al personalului angajat în sectorul sanitar. Prezenţa unui sistem insuficient de motivare şi beneficii, urmat de condiţii nesatisfăcătoare de lucru, subdezvoltarea infrastructurii fizice şi lipsa echipamentului medical modern duc la recrutarea şi menţinerea dificilă a personalului medical în cadrul sistemului, care, la rândul lor, influenţează problemele ce ţin de repartizarea numerică şi distribuţia neuniformă a cadrelor.

65. Există probleme în domeniul utilizării resurselor tehnice, a medicamentelor, consumabilelor şi altor resurse materiale. Insuficient se promovează conceptul medicamentelor esenţiale, cel al „Formularului Farmacoterapeutic", nu este asigurată utilizarea raţională a medicamentelor, nu s-a atins nivelul satisfăcător al accesibilităţii fizice şi economice pentru medicamente.

Obiective specifice şi principalele direcţii de acţiune.

66. Managementul resurselor umane pentru utilizarea raţionala a cadrelor existente şi producerea adecvată, diversificată şi performantă de cadre în sistemul de sănătate. Direcţiile de acţiune în cadrul acestui obiectiv specific sunt orientate spre:

a) evaluarea necesităţilor si planificarea asigurării resurselor umane în sistemul de sănătate;
b) asigurarea acoperirii cu cadre în regiunile rurale;
c) motivarea şi stimularea personalului din sistemul de sănătate;
d) îmbunătăţirea politicilor de formare a cadrelor în învăţământul medical si farmaceutic.

67. Consolidarea bazei tehnico-materiale a instituţiilor din sistemul de sănătate. Activităţile în cadrul acestei direcţii sunt orientate spre asigurarea corespunderii numărului personalului medical şi tipului de specialităţi produse cu necesităţile

sistemului sanitar la zi. Acestea implică sistemul educațional medical. Îmbunătățirea managementului resurselor umane și dezvoltarea mecanismelor de planificare a personalului medical, care să corespundă necesităților curente și viitoare ale sistemului de sănătate se va efectua prin menținerea gradului necesar de competență a calității și productivității muncii cu utilizarea sistemelor postuniversitare de instruire continuă și pregătire practică. În scopul redresării situației se vor lua în considerare următoarele direcții de acțiune:

a) raționalizarea infrastructurii instituțiilor;
b) asigurarea cu dispozitive medicale performante;

68. Managementul rațional al medicamentelor. Această direcție strategică are scopul să îmbunătățească productivitatea și motivarea personalului medical care lucrează în sectorul public prin reexaminarea posibilităților și stabilirea mecanismelor de stimulare a cadrelor medicale în scopul reținerii lor în sistem. În acest scop se prevăd următoarele direcții de acțiune:

a) asigurarea securității farmaceutice;
b) asigurarea accesibilității fizice si economice pentru medicament.

29.4. IMPLEMENTAREA STRATEGIEI, MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA REZULTATELOR

29.4.1. ETAPELE DE IMPLEMENTARE A STRATEGIEI

Procesul de implementare a prezentei Strategii se va desfășura la nivel național și local. La nivel național responsabilitate pentru implementarea componentelor Strategiei vor avea ministerele, agențiile și serviciile de resort, în timp ce la nivel local de implementare vor fi responsabile autoritățile administrației publice locale. Coordonarea și monitorizarea procesului de implementare a Strategiei revine în sarcina Ministerului Sănătății.

Implementarea Strategiei va necesita elaborarea, integrarea și coordonarea mai multor programe și proiecte axate pe principalele probleme de sănătate, identificate și definite în cadrul procesului de elaborare a Strategiei

Acțiunile, care țin de elaborarea și implementarea cadrului legislativ și de reglementare, vor fi realizate nemijlocit de către instituțiile publice centrale și nu vor condiționa costuri suplimentare celor curente prevăzute de bugetul de stat. În ceea ce privește acțiunile de dezvoltare a resurselor sistemului de sănătate, precum infrastructura instituțiilor medicale, manoperele, tehnologiile medicale și informaționale avansate, fortificarea capacităților personalului medical, care implică costuri de implementare adiționale celor existente, vor fi finanțate din contul mijloacelor financiare bugetare, asistenței tehnice și financiare străine și din alte surse, care nu contravin legislației în vigoare.

Activitățile de dezvoltare a resurselor sistemului de sănătate vor fi implementate prin intermediul organizațiilor guvernamentale și sectorului privat, cu utilizarea metodelor transparente de selectare a instituțiilor respective, fapt care va contribui la gestionarea eficientă a resurselor financiare alocate în acest scop și la maximizarea efectelor scontate.

Obţinerea acordurilor de colaborare de la toţi partenerii sistemului de sănătate reprezintă esenţa succesului implementării Strategiei. În procesul de implementare a Strategiei, Ministerul Sănătăţii va colabora atât cu partenerii din interiorul sistemului de sănătate, cât şi cu parteneri din afara lui, inclusiv cu societatea civilă. Conţinutul şi modul de implementare a Strategiei vor fi pe larg mediatizate în societate pentru ca populaţia şi profesioniştii din domeniu să cunoască scopul şi conţinutul ei. Mediatizarea Strategiei prin toate canalele moderne de comunicaţie, inclusiv prin reţeaua globală Internet, ar putea atrage mai mulţi finanţatori externi.

Implementarea Strategiei va fi coordonată, monitorizată şi evaluată de Ministerul Sănătăţii prin intermediul Direcţiei analiză, monitorizare şi evaluare a politicilor, împreună cu instituţiile subordonate şi cu grupurile de experţi (de lucru) desemnate pentru fiecare obiectiv general, care vor avea o vedere de ansamblu a tuturor intervenţiilor sectoriale. În acest fel se va asigura coerenţa intervenţiilor şi atingerea scopului final aşteptat.

Resursele financiare, tehnice şi umane necesare implementării Strategiei vor fi estimate şi detaliate pentru fiecare etapă a procesului de implementare şi pentru fiecare activitate în parte. De asemenea, se va realiza o ajustare periodică a acestor necesităţi cu Cadrul de Cheltuieli pe Termen Mediu, Planul Naţional de Dezvoltare şi programele investiţionale naţionale şi teritoriale.

Implementarea Strategiei se va efectua în cadrul următoarelor etape:

Etapa I (2007 - 2008 – 2011), în care vor fi asigurate:

a. elaborarea şi perfecţionarea cadrului legislativ şi de reglementare;
b. accelerarea ajustării structurale şi funcţionale a serviciilor medicale de bază: de urgenţă, asistenţă medicală primară, serviciului de staţionar, de reabilitare şi îngrijiri medicale de lungă durată;
c. valorificarea resurselor disponibile şi atragerea unui volum cât mai mare de investiţii străine în sfera sănătăţii;
d. realizarea proiectelor pilot de dezvoltare a infrastructurii şi aplicarea tehnologiilor medicale avansate.

Etapa a II (2011 – 2016), în care se va pune accentul pe:

a. utilizarea tuturor instrumentelor, care asigură implementarea acţiunilor, care asigură organizarea şi prestarea serviciilor de sănătate adecvate cerinţelor şi ajustate la necesităţile populaţiei;
b. creşterea accesibilităţii şi competitivităţii serviciilor medicale;
c. finalizarea perioadei de formare a infrastructurii competitive, de implementare a tehnologiilor medicale moderne, racordată la standardele europene, care să asigure un grad mai înalt de satisfacţie a populaţiei.

Toate instituţiile şi organizaţiile implicate în realizarea obiectivelor şi acţiunilor prezentei Strategii vor prezenta, în limitele competenţei, Ministerului Sănătăţii informaţia privind procesul de implementare a Strategiei, care va sintetiza informaţiile parvenite şi le va înainta Guvernului pentru examinare şi concluzii.

29.4.2. MONITORIZAREA STRATEGIEI DE DEZVOLTARE

Activităţile de monitorizare a Strategiei vor avea un caracter permanent, fiind desfăşurate pe toată perioada de implementare, şi vor include atât colectarea, prelucrarea şi analiza datelor de monitorizare, identificarea erorilor sau efectelor

neprevăzute, cât şi propunerea eventualelor corectări de conţinut şi de formă în direcţiile de acţiune şi activităţile planificate. Monitorizarea se va efectua în baza a trei seturi de indicatori (de proces, de rezultat şi de impact), care vor permite de a urmări şi evalua în dinamică realizarea obiectivelor generale stipulate în Strategie şi atingerea scopului final – ameliorarea stării de sănătate a populaţiei.

Indicatorii de proces vor reflecta realizarea activităţilor expuse în Planul de implementare a Strategiei, indicatorii de rezultat vor monitoriza îndeplinirea direcţiilor de acţiune şi obiectivele specifice, iar indicatorii de impact vor fi utilizaţi pentru evaluarea schimbărilor în starea sănătăţii populaţiei. În linii generale indicatorii de monitorizare vor elucida progresele în următoarele domenii:

– starea de sănătate a populaţiei;
– echitatea şi accesibilitatea serviciilor medicale;
– protecţia financiară a populaţiei pentru fenomenele de boală;
– eficacitatea sistemului de prestare a serviciilor medicale;
– calitatea serviciilor medicale;
– transparenţa şi receptivitatea sistemului de sănătate;
– finanţarea sistemului de sănătate;
– resursele sistemului de sănătate.

Definiţiile indicatorilor şi metodele de estimare vor corespunde standardelor tehnice internaţionale promovate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, Eurostat, Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, Fondului Global de combatere a SIDA, Tuberculozei şi Malariei, Alianţa Globală pentru Vaccinuri şi Imunizare şi alte organizaţii relevante. În scopul analizei inegalităţilor în sănătate, datele colectate vor fi stratificate conform sexului, vârstei, situaţiei socio-economice, poziţiei geografice şi mediului de reşedinţă (urban, rural). Setul de indicatori de monitorizare a obiectivelor generale include următorii indicatori de rezultat şi impact:

A. Indicatorii de bază ai stării sănătăţii populaţiei:

– speranţa de viaţă la naştere;
– sporul natural al populaţiei;
– mortalitatea în vârsta aptă de muncă;
– mortalitatea infantilă;
– mortalitatea copiilor sub 5 ani;
– mortalitatea maternă;
– morbiditatea şi mortalitatea prin tuberculoză;
– incidenţa infecţiei HIV/SIDA.

B. Echitatea şi accesibilitatea serviciilor medicale:

– % populaţiei, care nu s-a adresat la timp după asistenţă medicală necesară din cauza constrângerilor financiare;
– numărul de vizite la medicul de familie la un locuitor pe an;
– % medicilor de familie din localităţile rurale, care deservesc mai mult de 2 000 de locuitori;
– nivelul de spitalizare a populaţiei urbane / rurale la 100 de locuitori;
– % localităţilor rurale unde există puncte farmaceutice/filiale ale farmaciilor comunitare, care deservesc pacienţii în conformitate cu Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală;

- consumul de medicamente per locuitor din mediul urban/rural.
- numărul de vizite la medicii dentişti;
- numărul de solicitări ale serviciului de urgenţă la 1 000 de locuitori din mediul urban/rural;

C. Protecţia financiară a populaţiei:
- cheltuielile directe ale populaţiei pentru sănătate/medicamente în cele mai sărace ghintule ca procent din cheltuielile totale ale gospodăriilor casnice;
- echitatea distribuţiei resurselor financiare publice pentru sănătate pe teritorii administrative;
- raportul dintre cheltuielile publice şi private pentru sănătate;
- proporţia cheltuielilor publice pentru medicamente din totalul cheltuielilor pentru medicamente;
- gradul de acoperire a populaţiei cu asigurări obligatorii de asistenţă medicală;
- respectarea principiului echităţii în formarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.

D. Eficacitatea serviciilor medicale:
- cota cheltuielilor directe pentru medicamente şi alimentarea pacienţilor în spitale din totalul cheltuielilor;
- proporţia cheltuielilor publice pentru asistenţa medicală primară din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate;
- rata de utilizare a paturilor spitaliceşti acute / de o singură zi;
- durata medie de spitalizare.

E. Calitatea serviciilor medicale:
- proporţia femeilor gravide cu anemii în perioada perinatală;
- proporţia copiilor vaccinaţi în conformitate cu programul naţional de imunizări;
- numărul de internări repetate în primele 28 de zile după externare;
- depistarea cancerului pe stadii de boală;
- numărul de amputaţii chirurgicale postdiabetice;
- numărul maladiilor nosocomiale;
- rata de succes în tratamentul tuberculozei.

F. Transparenţa şi receptivitatea sistemului de sănătate:
- satisfacţia mamelor de serviciile medicale antenatale şi perinatale;
- satisfacţia populaţiei de calitatea serviciilor medicale;
- nivelul cheltuielilor neoficiale în sistemul de sănătate;
- nivelul de informare a populaţiei privind drepturile la serviciile medicale incluse în Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.

G. Finanţarea sistemului de sănătate:
- proporţia cheltuielilor guvernamentale pentru sănătate din totalul cheltuielilor guvernamentale;
- % cheltuielilor pentru sănătate (public / total) din PIB;
- cheltuieli pentru sănătate pe cap de locuitor (total / publice / private).

I. Resursele sistemului de sănătate:
- numărul de medici / asistente medicale la 100 mii de locuitori;

– numărul de paturi pentru o zi de spitalizare la 100 mii de locuitori;
– numărul de paturi de lungă durată la 100 mii de locuitori;
– numărul de tomografi computerizate / RMN la 1 mln. de locuitori.

Pentru monitorizarea şi evaluarea adecvată a procesului de implementare a prezentei Strategii sunt preconizate mai multe surse informaţionale, principalele din ele fiind: datele Biroului Naţional de Statistică, studiile privind dezvoltarea umană susţinute de PNUD şi Banca Mondială, rapoartele administrative din cadrul sistemului de sănătate. Colectarea datelor pentru calcularea indicatorilor se va face prin înregistrările stării civile, recensământul populaţiei, studii ale gospodăriilor casnice şi comportamentale, rapoarte statistice privind starea de sănătate şi rezultatele de activitate a instituţiilor medico-sanitare.

29.4.3. EVALUAREA REZULTATELOR

Activitatea de evaluare a Strategiei va avea un caracter sistematic, fiind desfăşurată pe toată perioada de implementare, şi va include elaborarea în baza indicatorilor de monitorizare a raportului iniţial, rapoartelor anuale de progres, a raportului de evaluare la mijloc de termen după prima etapă de implementare şi a raportului final de evaluare după a doua etapă de implementare.

Raportul iniţial va cuprinde o analiză generala a stării sănătăţii populaţiei şi a situaţiei curente din sistemul de sănătate. În rapoartele de progres vor fi elucidate rezultatele înregistrate la stadiul corespunzător de implementare a Strategiei în ceea ce priveşte atingerea obiectivelor generale şi specifice, realizarea activităţilor planificate, costurile şi cheltuielile suportate, realizarea indicatorilor de performanţă specifici fiecărei activităţi şi formularea propunerilor de îmbunătăţire şi corectare a măsurilor planificate. Raportul de evaluare la mijloc de termen va cuprinde şi aspectele privind remanierile instituţionale, funcţionale şi structurale, care au survenit în urma implementării Strategiei, impactul asupra sănătăţii grupurilor-ţintă vizate de document, gradul de respectare de către persoanele responsabile a termenelor de implementare, a costurilor şi conţinutului acţiunilor din cadrul planului de implementare. Pentru activităţile neîndeplinite vor fi expuse motivele neexecutării sau executării parţiale şi vor fi propuse măsuri fundamentale pentru realizarea obiectivelor generale ale strategiei.

În scopul asigurării transparenţei proceselor de implementare a Strategiei, raportul iniţial, rapoartele anuale de progres şi de mijloc, precum şi raportul final de evaluare vor fi publicate în mass-media şi pe paginile web ale Guvernului şi Ministerului Sănătăţii. Ministerul Sănătăţii va asigura mediatizarea Strategiei publicului larg, precum şi diseminarea informaţiilor relevante partenerilor din ţară şi de peste hotare.

Mecanismul de control al executării prevederilor planului de implemetare a Strategiei va fi realizat în baza principiilor de obiectivitate, responsabilitate şi eficacitate. Controlul intern se va realiza trimestrial, iar controlul extern – o dată pe an şi la finele perioadei de implementare.

MANAGEMENTUL SISTEMULUI INFORMAȚIONAL MEDICAL

30.1. DOMENII DE APLICARE. INDICATORI AI SĂNĂTĂȚII ŞI ACTIVITĂȚII INSTITUȚIILOR MEDICO-SANITARE

Sistemele informaționale în domeniul sănătății trebuie să acopere mai multe servicii de evidență, începând cu datele privind managementul şi administrarea serviciilor medicale până la produsele sistemului sănătății, precum ar fi calitatea serviciilor, morbiditatea şi mortalitatea. Domeniile de aplicare ale sistemelor informatice în sănătate pot fi clasificate în trei grupuri principale (*figura 74*):

- *determinantele sănătății:* includ factori determinanți sau factori de risc socio-economici, de mediu, comportamentali şi genetici. Ei caracterizează mediul contextual, în care activează sistemul sănătății.
- *sistemul sănătății:* include contribuțiile sistemului sănătății şi procesele relevante precum politica, forma de organizare, resursele umane, resursele financiare, infrastructura în sistemul sănătății, echipamentul şi alte articole; produsele sistemului sănătății, inclusiv accesibilitatea şi calitatea serviciilor medicale, accesibilitatea şi calitatea informației; rezultatele imediate ale sistemului sănătății, inclusiv acoperirea necesităților populației cu servicii de sănătate de bază.
- *starea sănătății:* include morbiditatea, dizabilitățile, mortalitatea şi bunăstarea. Variabilele stării sănătății depind de acoperirea şi eficacitatea intervențiilor şi determinantelor sănătății, care pot influența rezultatele finale ale sănătății indiferent de acoperirea cu servicii medicale.

Figura 74. **Domeniile de aplicare a sistemului informațional în sănătate**

Identificarea indicatorilor-cheie.

Fiecare ţară trebuie să-şi identifice indicatorii-cheie în domeniul sănătăţii, compatibili cu sistemele informaţionale pentru ai putea accesa, poseda şi raporta. De asemenea, trebuie definite şi metodele de măsurare a acestor indicatori. Indicatorii-cheie ar putea include nu numai cei relataţi în Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM), dar şi alţii, specifici particularităţilor regionale de organizare a sistemelor de sănătate.

Indicatorii de sănătate ai ODM includ:

1. Prevalenţa deficitului ponderal la copii mai mici de 5 ani.
2. Proporţia populaţiei sub nivelul minim de alimentare.
3. Rata mortalităţii copiilor mai mici de 5 ani.
4. Mortalitatea infantilă.
5. Proporţia copiilor de până la un an, imunizaţi contra rujeolei.
6. Rata mortalităţii materne.
7. Proporţia naşterilor asistate de personal medical calificat.
8. Prevalenţa HIV/SIDA a femeilor însărcinate cu vârsta de 15-24 de ani.
9. Incidenţa folosirii prezervativului din rata prevalenţei contraceptivelor.
10. Prevalenţa şi rata deceselor asociate cu malaria.
11. Proporţia populaţiei în zonele de risc pentru contractarea malariei, care iau măsuri de profilaxie şi tratament contra malariei.
12. Prevalenţa şi rata deceselor asociate cu tuberculoza.
13. Ponderea cazurilor de tuberculoză depistate şi tratate după DOTS.
14. Proporţia populaţiei, care are acces permanent la sursă dotată de aprovizionare cu apă, urban/rural.
15. Proporţia populaţiei cu acces la condiţii de trai corespunzătoare, urban/rural.
16. Proporţia populaţiei cu acces continuu la medicamente la preţ redus.

Lista indicatorilor poate, de asemenea, varia în funcţie de profilul epidemiologic şi necesităţile de dezvoltare ale ţării respective. Misiunea indicatorilor de sănătate este de a monitoriza priorităţile locale şi naţionale. Totodată, definirea indicatorilor trebuie să corespundă standardelor tehnice internaţionale. Mai mult decât atât, trebuie să existe o legătură consecventă şi o armonizare a indicatorilor naţionali cu indicatorii de bază utilizaţi în organizaţiile internaţionale şi globale importante, precum Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS), ODM, Fondul Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei şi Malariei şi Alianţa Globală pentru Vaccinuri şi Imunizare (GAVI).

La selectarea indicatorilor se va lua în considerare: nivelul pentru care este necesară informaţia (individual, regional, naţional, global), utilizatorii principali ai informaţiei şi căile de utilizare a ei, precum şi capacităţile de generare a informaţiei existente. Este nevoie de dezagregat datele, deoarece statisticile stratificate conform sexului, vârstei, situaţiei socio-economice, distribuţiei geografice şi etniei permit analiza inegalităţilor în domeniul sănătăţii.

Setul de indicatori recomandaţi de OMS în scopul caracterizării nivelului sănătăţii şi a activităţilor instituţiilor medico-sanitare include compartimentele enumerate în continuare.

1. *Indicatori de monitorizare a sistemului de sănătate.*

1.1 Prevenirea maladiilor, protecţia şi promovarea sănătăţii:

– proporţia copiilor vaccinaţi;

- tratamentul medicamentos al hipertensiunii arteriale;
- screeningul sângelui;
- screeningul bolilor oncologice;
- screeningul colesterolului;
- testările HIV/SIDA;
- proporţia angajaţilor supuşi examinărilor preventive şi periodice;
- proporţia copiilor supuşi examinărilor profilactice;
- alocarea resurselor pentru promovarea sănătății;
- promovarea sănătăţii în şcoli;
- fortificarea alimentelor;
- politica de reducere a consumului de tutun;
- reglementări în consumul alcoolului şi drogurilor;
- reglementări privind calitatea apei, aerului şi a solului;

1.2 Resursele sistemului de sănătate:

- numărul de spitale acute la 100 mii locuitori;
- numărul de paturi spitaliceşti acute la 100 mii locuitori;
- numărul de paturi pentru o zi de spitalizare la 100 mii locuitori;
- numărul de paturi în spitalele psihiatrice la 100 mii locuitori;
- numărul de paturi în instituţii medico-sociale (de lungă durată) la 100 mii locuitori;
- numărul de Centre de Sănătate şi Oficii în cadrul AMP;
- numărul de paturi spitaliceşti în instituţiile private;
- numărul medicilor la 100 mii locuitori;
- numărul medicilor de familie la 100 mii locuitori;
- numărul medicilor dentişti la 100 mii locuitori;
- numărul asistentelor medicale la 100 mii locuitori;
- numărul farmaciştilor la 100 mii locuitori;
- satisfacţia personalului medical;
- migraţiunea personalului medical;
- grade de calificare a personalului medical;
- numărul de tomografe computerizate la 1 mln. locuitori;
- numărul de RMN la 1 mln. locuitori;
- numărul de litotriptere la 1 mln. locuitori;
- numărul de mamografe la 1 mln. locuitori;
- numărul de aparate hemodializă la 1 mln. locuitori.

1.3 Utilizarea serviciilor de sănătate:

- nivelul de spitalizare în spitalele acute la 100 locuitori;
- nivelul de spitalizare în spitalele de psihiatrie de lungă durată la 100 locuitori;
- durata medie de spitalizare;
- numărul de externări pe categorii de boală;
- rata de utilizare a paturilor acute spitaliceşti / de o singură zi;
- activitatea chirurgicală în spitalele acute;
- numărul de transplante la 100 mii locuitori;
- numărul de vizite la medic;
- numărul de vizite la medicii dentişti;

- numărul de solicitări a serviciului de urgență;
- accesibilitatea medicamentelor în localitățile rurale;
- numărul de amputații chirurgicale postdiabetice;
- numărul de internări repetate în spital, în primele 28 de zile după externare;
- consumul de medicamente al locuitorilor din mediul rural / urban.

1.4 Finanțarea și cheltuielile pentru sănătate:

- % cheltuielilor publice pentru sănătate din Produsul Intern Brut (PIB);
- total cheltuieli pentru sănătate pe cap de locuitor;
- distribuția resurselor financiare pe teritorii administrative;
- nivelul de acoperire a populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală;
- proporțiile cheltuielilor publice pentru asistența medicală primară;
- cheltuieli pentru sănătate total/publice/private;
- % cheltuielilor pentru salarizare din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate;
- proporția cheltuielilor pentru spitalizarea pacienților din totalul cheltuielilor publice;
- cheltuielile publice pentru medicamente în condiții de staționar/ambulatoriu;
- proporția cheltuielilor publice pentru medicamente din totalul cheltuielilor pentru medicamente;
- cota cheltuielilor investiționale pentru facilități medicale din totalul cheltuielilor pentru sănătate;
- cheltuielile private pentru sănătate pe grupuri de populație;
- respectarea echității în formarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

1.5 Calitatea serviciilor medicale:

- numărul maladiilor nosocomiale;
- receptivitatea serviciilor medicale;
- satisfacția mamelor de serviciile medicale perinatale;
- satisfacția populației de sistemul de sănătate;
- rata autopsiilor în spitale/total;
- timpul de așteptare a serviciilor de urgență/ambulatoriu/ spitalizare;
- echitatea și accesibilitatea serviciilor medicale;
- depistarea cancerului după stadiile de boală;
- rata de succes în tratamentul tuberculozei;
- letalitatea spitalicească;
- mortalitatea în primele 30 de zile supă spitalizare;
- rezistența la antibiotice.

2. *Indicatori de monitorizare a determinantelor sănătății*:

- indexul masei corporale;
- statutul nutrițional al populației;
- consumul de alcool/tutun/droguri;
- incidența și prevalența consumului de tutun;
- incidența și prevalența alcoolismului și consumului abuziv de droguri;
- proporția populației cu stil de viață fizică activă;
- proporția copiilor alăptați până la 6 luni;
- % proteinelor în consumul energetic al populației;

- consumul de fructe/legume pentru un locuitor pe an;
- consumul sării iodate şi a făinii fortificate cu fier;
- utilizarea contraceptivelor la femei în vârstă de 15-49 de ani;
- comportamentul sexual al tinerilor;
- calitatea aerului/apei potabile;
- condiţii de habitat;
- proporţia gospodăriilor, care au acces la surse centralizate de apă îmbunătăţită;
- proporţia locurilor de muncă cu risc sporit de îmbolnăvire;
- servicii parenterale pentru copii;
- violenţa domestică.

3. ***Indicatori de monitorizare a stării sănătăţii*:**

- speranţa de viaţă la naştere;
- mortalitatea generală;
- mortalitatea infantilă;
- mortalitatea copiilor sub 5 ani;
- mortalitatea populaţiei după cauze de deces, inclusiv prin SIDA şi tuberculoză;
- morbiditatea populaţiei prin principalele grupuri de maladii;
- sănătatea mintală a populaţiei;
- perceperea stării de sănătate de către populaţie.

Biroul Regional pentru Europa al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii a elaborat şi pune la dispoziţia oricărui utilizator Baza de date „Sănătate pentru toţi", care poate fi accesată la adresa http://www.euro.who.int/hfadb. Această bază de date permite analiza comparativă a unui set impunător de indicatori de sănătate pe toate ţările din regiune.

30.2. METODELE DE COLECTARE A DATELOR

Toate sistemele informaţionale naţionale în sănătate definesc un set de metode de bază în colectarea datelor. Rolul şi contribuţia fiecărei metode este diferită, deoarece există o oarecare suprapunere între tipurile de informaţie colectate prin intermediul acestora. În multe cazuri, măsurarea unuia şi aceluiaşi indicator cu date din surse multiple poate contribui la îmbunătăţirea calităţii informaţiei, concomitent asigurând eficienţă utilizării ei. În unele cazuri, însă, este mai raţional de a evita dublarea.

Combinarea optimă a metodelor pentru colectarea datelor privind problemele de sănătate depinde de un şir de factori, inclusiv epidemiologia, particularităţile specifice ale instrumentului de măsurare, costul şi capacităţile personalului. Suplimentar, fiecare sursă poate genera date privind mai mulţi indicatori. Frecvenţa şi modul de colectare a datelor depinde de gradul de probabilitate a schimbărilor şi de capacitatea indicatorului de a depista schimbarea (eroarea de măsurare).

Dezvoltarea sistemului informaţional în sănătate vizează asigurarea unei combinări corespunzătoare a metodelor de colectare a datelor, capabilă de a furniza informaţia relevantă necesară.

Selectarea modelelor de colectare a datelor este bazată pe o evaluare prealabilă a fezabilităţii, periodicităţii, cost-eficienţei şi durabilităţii. Periodicitatea măsurării

depinde de viteza probabilă a schimbării indicatorului şi a costurilor de generare a acestuia.

Principalele metode de colectare a datelor în sistemul de sănătate sunt:

a) recensământul;
b) statistica vitală;
c) studiile populaţionale a gospodăriilor casnice, înregistrările privind starea sănătăţii, inclusiv evidenţa maladiilor;
d) statistica privind serviciile de sănătate;
e) şi conturile naţionale de sănătate.

30.2.1. RECENSĂMÂNTUL

Recensământul se desfăşoară cel puţin o dată la zece ani şi rezultatele acestuia se fac publice timp de 2 ani de la data colectării datelor. Recensământul furnizează informaţii esenţiale privind cantitatea populaţiei şi distribuţia ei după vârstă, sex şi alte caracteristici. Recensământul poate fi, de asemenea, folosit pentru a suplimenta informaţia privind mortalitatea. Natura recensământului permite estimarea aspectelor demografice pe zone restrânse şi dezagregarea conform situaţiei socio-economice a populaţiei. Pentru estimarea calităţii datelor recensământului se desfăşoară un studiu post-recensământ pe un eşantion mai restrâns, în care se redistribuie chestionarul folosit la recensământ.

Dacă statistica vitală înregistrează mai puţin de 90% din decese, atunci se recomandă de a include în chestionarul de recensământ întrebări suplimentare privind decesele recente în gospodării, dezagregate după vârstă şi sex. În plus, autorităţile în domeniul sănătăţii pot să opteze pentru utilizarea informaţiei recensământului în evaluarea mortalităţii materne prin vizitarea repetată a gospodăriilor, care au raportat decesul unei femei de vârstă reproductivă.

Ultimul recensământ în Republica Moldova a avut loc în octombrie 2004. La acest recensământ, alăturat de familie, s-a folosit unitatea de evidenţă (investigaţie) standard – gospodăria casnică. În componenţa acesteia, spre deosebire de familie, au fost incluse nu doar persoanele legate prin rudenie, dar şi cele ne înrudite cu condiţia că locuiesc împreună (menajera, dădaca ş. a.). În cadrul recensământului din 2004 au fost utilizate 3 instrumente de colectare a datelor:

1. Formularul nr.1G „Foaie de recensământ pentru gospodărie";

2. Formularul nr.2P „Chestionar pentru fiecare persoană din gospodărie în parte";

3. Formularul nr.3S „Chestionarul pentru persoana temporar prezentă pe teritoriul Republicii Moldova şi cu domiciliul stabil în altă ţară".

În baza formularului nr.1G *„Foaie de recensământ pentru gospodărie"*, au fost colectate datele după cum urmează:

- Lista membrilor gospodăriei cu domiciliul stabil în locuinţa dată.
- Tipul locuinţei.
- Dotarea locuinţei.
- Numărul camerelor de locuit ocupate de gospodărie.
- Forma de proprietate a locuinţei ocupată de gospodărie.
- Capul gospodăriei sau unul dintre membrii acestei gospodării.

În baza formularului nr.2P „*Chestionar pentru fiecare persoană din gospodărie în parte*", au fost colectate datele după cum urmează:

- Gradul de rudenie față de persoana înscrisă prima în gospodărie.
- Situația la recensământ.
- Sexul.
- Data şi locul naşterii.
- Durata domiciliului stabil în localitatea dată.
- Cetățenia.
- Naționalitatea.
- Posedarea limbilor.
- Religia.
- Frecventarea unei instituții preşcolare.
- Nivelul de instruire.
- Calificarea conform nivelului de instruire, indicată în diplomă;
- Continuarea studiilor la momentul intervievării.
- Starea civilă.
- Numărul de copii născuți vii.
- Situația economică.
- În căutarea unui loc de muncă.
- Locul de muncă.
- Ocupația.
- Statutul ocupațional.

În baza formularului nr.3S „*Chestionarul pentru persoana temporar prezentă pe teritoriul Republicii Moldova şi cu domiciliul stabil în altă țară*", adițional la întrebările 1, 2, 4, 6 din formularul precedent, s-au mai colectat datele despre țara de origine, țara în care domiciliază permanent şi scopul aflării în Republica Moldova. Rezultatele ultimului Recensământ petrecut în Republica Moldova pot fi accesate pe pagina *web* a Biroului Național de Statistică.

30.2.2. STATISTICA VITALĂ

Statistica vitală se referă la un sistem complex de monitorizare continuă a natalității şi mortalității dezagregate după vârstă, sex şi cauza decesului. Standardul de „aur" este un sistem de statistică vitală, care asigură o evidență completă a natalității şi mortalității (acoperire 100%) şi include cauza de deces certificată medical.

Realizarea standardului de „aur" poate fi imposibilă în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare. Totodată, există posibilități de ameliorare a situației, care pot fi realizate în timp relativ scurt. De exemplu, unele țări precum India şi China au introdus *sisteme de înregistrare pe eşantioane*, care s-au dovedit a fi eficiente. În viitorul apropiat, pachete precum *Statistica Vitală pe eşantioane cu autopsie verbală* ar putea să îmbunătățească rapid cunoştințele privind statistica de bază în sănătate la nivelul unui grup al populației. *Sistemele de evidență demografică* constituie o altă sursă de date pentru evidența continuă a natalității şi mortalității prin cauze specifice. Aşa abordări inovatorii vin să completeze rezultatele înregistrărilor administrative ale natalității şi mortalității (statistica vitală).

În Republica Moldova fenomenele de natalitate şi mortalitate sunt monitorizate în baza înregistrărilor stării civile. Managementul informației vizând statistica

vitală se realizează prin colaborarea dintre Ministerul Dezvoltării Informaționale, Ministerul Sănătății și Biroul Național de Statistică.

Nivelul de cuprindere a înregistrării vitale privind decesele este mai mare de 99%. Informația privind cauza de deces se înregistrează în certificatul medical constatator al decesului, în conformitate cu Legea Nr. 100-XV „Privind actele de stare civila" adoptată de către Parlament în data de 26 aprilie 2001, conform ordinului comun al Ministerului Sănătății, Biroului Național de Statistică și Ministerului Dezvoltării Informaționale nr. 132/47/50 din 29 aprilie 2004 „Cu privire la aprobarea certificatului medical constatator al decesului (formularul nr. 106-2e), a registrelor și regulamentelor cu privire la modul de completare și eliberare a acestora" si nr. 44/347/100 din 11.10. 2005 „Cu privire la aprobarea în redacție nouă a Ordinului nr.110/51/56 din 23 aprilie 2002 cu privire la aprobarea certificatului medical constatator al nașterii" (formularul nr. 103/e-2002).

Informația privind mișcarea naturală a populației se acumulează prin intermediul unui singur flux informațional. În așa fel, datele demografice anuale acumulate de Biroul Național de Statistică și Ministerul Sănătății sunt identice, urmare a controlului permanent al mișcării datelor de la momentul completării certificatelor medicale constatatoare ale nașterii/decesului până la prelucrarea lor statistică.

Formularele certificatelor medicale constatatoare ale decesului se editează centralizat, după ce se transmit Ministerului Dezvoltării Informaționale pentru atribuirea seriei și numărului necesar pentru introducerea acestora în Registrul de Stat al Populației. Ulterior, certificatele medicale constatatoare ale decesului sunt transmise Centrului Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar al Ministerului Sănătății pentru distribuirea lor în instituțiile medicale din republică, abilitate cu dreptul de eliberare a acestora (spitale, instituții de asistență medicală primară, dispensare, sanatorii, centre de medicină-legală etc.). Certificatele medicale constatatoare ale decesului sunt eliberate doar de medici, după examinarea cadavrului. Formularele certificatelor medicale constatatoare ale decesului servesc drept temei pentru înregistrarea cazurilor de deces de către Oficiile de Stare Civilă teritoriale ale Ministerului Dezvoltării Informaționale.

În cazul unui deces instituția medicală completează și eliberează certificatul medical constatator al decesului, care este înregistrat în Oficiile de Stare Civilă conform locului de trai al decedatului ori al locului, în care a intervenit decesul. În instituția medicală rămân avizele cu privire la eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale decesului, utilizate ulterior pentru verificarea plenitudinii înregistrării deceselor în Oficiile de Stare Civilă. În caz de deces în afara instituției medicale, declarația despre deces poate fi făcută de către rudele decedatului, vecini, reprezentanții serviciilor de exploatare a locuințelor, nu mai târziu de 72 de ore din momentul intervenirii decesului ori a descoperirii cadavrului.

Conducătorul instituției medico-sanitare prin ordinul său numește o persoană căreia îi deleagă atribuțiile de evidență, păstrare, completare și eliberare a certificatelor medicale constatatoare ale decesului. Persoană responsabilă este obligată personal să transmită avizele cu privire la eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale decesului odată la 10 zile (în ziua a 10, 20 și 30 a fiecărei luni) șefului Oficiului Stare Civilă al Ministerului Dezvoltării Informaționale, care semnează și menționează data primirii acestora în "Registrul de evidență privind eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale decesului".

Certificatul medical constatator al decesului se eliberează rudei sau persoanei împuternicite, care în termen de trei zile trebuie să înregistreze certificatul de deces în oficiile Stare Civilă. La momentul înregistrării certificatului în baza de date, informaţia se confruntă cu avizul primit anterior de la instituţia medicală, după care avizul este anulat şi cazul de deces se consideră înregistrat, persoana fiind scoasă din registrul cetăţenilor Republicii Moldova.

Dacă se constată că nu toate persoanele decedate au fost înregistrate de către oficiile de stare civilă, atunci se informează Administraţia Publică Locală (primăria, poliţia) pentru a întreprinde măsurile necesare de înregistrare a persoanelor decedate.

Certificatul medical constatator al naşterii este prevăzut pentru confirmarea faptului naşterii unui copil de către o femeie concretă intr-o instituţie medico-sanitară sau a naşterii asistate de un lucrător medical în afara instituţiei medico-sanitare. Certificatele medicale constatatoare ale naşterii, de asemenea, se editează centralizat şi se transmit Ministerului Dezvoltării Informaţionale pentru atribuirea seriei şi numărului de ordine al certificatului medical şi a numărului de identificare a nou-născutului necesar pentru înregistrarea în baza de date a Registrului de Stat al Populaţiei, care ulterior se transmite Centrului Ştiinţifico-Practic Sănătate Publică şi Management Sanitar al Ministerului Sănătăţii pentru distribuirea lor instituţiilor medico-sanitare din republică, abilitate cu dreptul de eliberare conform Regulamentului.

Conducătorul instituţiei medico-sanitare abilitate cu dreptul de eliberare a certificatelor medicale constatatoare ale naşterii prin ordinul său numeşte o persoană căreia îi deleagă atribuţiile de evidenţă, păstrare, completare şi eliberare a certificatelor medicale constatatoare ale naşterii. Persoană responsabilă este obligată personal să transmită, de asemenea, avizele cu privire la eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale naşterii odată la 10 zile (10, 20 şi 30 ale fiecărei luni) şefului Oficiului Stare Civilă, care semnează şi menţionează data primirii acestora în "Registrul de evidenţă privind eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale naşterii".

Oficiile Stare Civilă teritoriale transmit informaţia din avizele de eliberare a certificatelor medicale constatatoare ale naşterii în baza de date a Registrului de Stat al Populaţiei. Partea de bază a certificatului medical constatator al naşterii se eliberează mamei sau persoanei împuternicite. Conform Legislaţiei Republicii Moldova în termen de 3 luni cazul de naştere trebuie să fie înregistrat în Oficiile Stare Civilă. Oficiile Stare Civilă transmit informaţia privind înregistrarea fiecărui nou născut în Registrul de Stat al Populaţiei, în care se înregistrează numărul de identificare a persoanei născute, care devine cetăţean al Republicii Moldova, şi totodată se confruntă cu informaţia parvenită anterior din avizele de eliberare a certificatelor medicale.

În acest mod se verifică dacă toţi copiii au fost înregistraţi de către Oficiile Stare Civilă. În cazul lipsei înregistrării de către Oficiile Stare Civilă a nou-născuţilor Administraţia Publică Locală (primăria, medicul de familie) întreprinde măsurile de rigoare pentru înregistrarea lor.

30.2.3. STUDIILE POPULAŢIONALE

Standardul de aur pentru studiile populaţionale constă dintr-un program de cercetare bine integrat, care constituie o parte componentă a sistemelor informaţionale

şi de statistică în sănătate, şi generează în mod regulat informaţia esenţială de înaltă calitate privind starea sănătăţii populaţiei şi situaţia ei socio-economică. Prin urmare, studiile naţionale devin instrumentul major de planificare şi evaluare. Studiile pot fi desfăşurate ca parte componentă a programelor internaţionale sau ale studiilor naţionale. Este foarte important, totuşi, de a adera la standardele şi normele internaţionale

În ultimii ani, studiile populaţionale au constituit metodele cele mai frecvent utilizate de colectare a datelor biologice şi clinice (studii privind starea sănătăţii), asigurând persoanele cu funcţii de decizie cu informaţii mult mai exacte şi mai veridice privind sănătatea decât cele din rapoarte. Multe ţări, în special, din Europa, America şi Asia, desfăşoară studii naţionale în gospodării privind starea sănătăţii. Prin asocierea studiilor axate pe sănătate cu cele orientate spre alte probleme precum standardele de trai, de educaţie sau şomajul, se pot estima informaţii importante referitoare la determinantele sănătăţii şi statutul socio-economic al populaţiei.

Standardele pentru consimţământ şi confidenţialitate sunt stipulate de Ghidul OECD privind protecţia intimităţii şi fluxurile transfrontale ale datelor personale. Ele pot fi accesate pe următoarea adresă:

http://www.oecd.0rg/document/18/0.2340.en 2649 34255 18151861111.OO.htmn.

Standardele trebuie aplicate datelor colectate din toate sursele (inclusiv, cele din recensăminte, înregistrarea civilă, studii, servicii şi cercetări în sănătate). Există standarde pentru limitarea colectării datelor pentru subiecte relevante. De asemenea, standardele reglementează metodele de asigurare a securităţii datelor personale, deschiderea lor doar organelor de competenţă şi aplicarea unui control pentru asigurarea conformităţii cu aceste principii.

Studiile populaţionale sunt o experienţă mai nouă pentru Republica Moldova. În ultimii cinci ani, în Republica Moldova au fost desfăşurate 2 studii populaţionale naţionale reprezentative, care au avut drept obiectiv măsurarea unor stări morbide şi a factorilor de risc. În anul 2005 au fost desfăşurate Studiul Demografic şi Studiul asupra Sănătăţii populaţiei în Republica Moldova.

Studiul Demografic a fost bazat pe un eşantion reprezentativ constituit din peste 11 000 de gospodării. În cadrul acestui studiu populaţional, în baza instrumentului de colectare a datelor „Chestionarul Femeii" au fost colectate date de la femeile cu limitele de vârstă 15-49 de ani. Lor le-au fost puse întrebări relatate la următoarele subiecte:

- caracteristicile generale (studiile, originea rezidenţială, acoperirea cu mijloace mass-media);
- anamneza reproductivă;
- cunoaşterea şi aplicarea metodelor de planificare a familiei;
- preferinţele ce ţin de fertilitate;
- asistenţa antenatală şi intranatală;
- alăptarea la sân şi practicile de alimentare a copilului;
- vaccinările şi maladiile la copii;
- mariajul şi activitatea sexuală;
- activitatea profesională a femeii şi caracteristicile generale ale soţului;
- practicile de alimentare a sugarului şi copilului;
- mortalitatea copiilor;

- cunoştinţele despre şi atitudinea faţă de SIDA şi alte infecţii cu transmitere sexuală (ITS).

Strâns legat de Chestionarul Femeii a fost modulul îngrijitorului. În acest mod separat a fost inclus acelaşi set de întrebări despre sănătatea copilului: imunizările, maladiile la copii cum ar fi febra, diareea şi nutriţia.

Scopul acestui modul a fost de a acumula informaţii despre copiii mai mici de 5 ani, a căror mame nu locuiesc în gospodăria studiată sau nu sunt disponibile pentru intervievare. Modulul este considerat ca important din cauza ratelor înalte de emigrare a femeilor tinere, copiii fiind lăsaţi în grija altor persoane.

Indicatorii calculaţi în urma procesării datelor colectate au fost următorii:

- % din naşteri, care s-au produs în Republica Moldova pe parcursul ultimilor cinci ani precedenţi studiului într-o instituţie medicală;
- % de femei, care au primit îngrijiri în timpul sarcinii de la un medic;
- % copiilor cu vârsta de 15-26 de luni, care sunt complet vaccinaţi cu cei 9 anticorpi, prevăzuţi de Programul Naţional de Imunizări;
- % femeilor actualmente căsătorite, care au o necesitate de planificare a familiei;
- mortalitatea infantilă;
- mortalitatea copiilor mai mici de cinci ani.

Acest studiu a furnizat informaţii veridice despre mortalitatea infantilă şi cea a copiilor sub 5 ani. În Chestionarul Gospodăriei au fost înregistrate măsurările înălţimii şi a greutăţii, precum şi rezultatele măsurării nivelului de hemoglobină la femeile cu vârsta de 15-49 de ani, care au consimţit efectuarea testului, precum şi la copiii cu limitele de vârstă de la 6 până la 59 de luni.

Studiul asupra sănătăţii populaţiei în Republica Moldova, efectuat pe un eşantion de 1400 gospodării casnice, s-a bazat pe autoaprecierea sănătăţii, fără careva măsurări obiective. În cadrul acestui studiu, din numărul factorilor determinanţi, a fost măsurat doar indicatorul prevalenţei fumatului (fumător zilnic sau ocazional) şi a consumului de alcool. În cadrul studiului au fost evidenţiate gradul de cuprindere a populaţiei ţării cu asigurări obligatorii de asistenţă medicală, nivelul de accesibilitate a serviciilor medicale şi costurile îngrijirilor de sănătate.

S-a constatat că circa 75% din populaţia Republicii Moldova este cuprinsă cu asigurări obligatorii de asistenţă medicală, variind de la 58% în raionul Cahul şi până la 85% în municipiul Chişinău. Cuprinderea cu asigurări obligatorii de asistenţă medicală sporeşte treptat, însă foarte disproporţionat pe raioane. În aproximativ o treime din raioane există o problemă dublă. În primul rând, rata de cuprindere este mai joasă decât media pe ţară, iar în al doilea – ritmul de creştere a acestei rate este foarte lent.

În oraşele mari, din totalul persoanelor neasigurate, dar care au venituri din activităţi de muncă, cele mai multe se ocupă de comerţ şi reparaţia automobilelor, transportul auto, comunicaţii şi construcţii. În oraşele mici aceste persoane se ocupă preponderent de comerţ şi construcţii. În localităţile rurale cele mai multe persoane neasigurate, dar ocupate, practică agricultura şi construcţia, urmate de comerţ şi industria prelucrătoare.

S-a stabilit că sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală a contribuit la îmbunătăţirea accesului populaţiei la serviciile medicale. Atitudinea faţă de accesul la serviciile medicale diferă semnificativ în dependenţă de faptul dacă per-

soana dispune sau nu de asigurare medicală. Aproximativ o treime din persoanele asigurate şi un sfert din cele neasigurate consideră ca accesul la servicii a crescut. Rămâne însă înaltă cota populaţiei, care consideră că accesul populaţiei la serviciile medicale nu s-a schimbat, ba chiar s-a înrăutăţit, fapt care indică existenţa problemelor în organizarea serviciilor medicale.

Asigurările obligatorii de asistenţă medicală au oferit populaţiei o protecţie financiară mai înaltă în caz de îmbolnăvire. Diferenţa în costuri pentru populaţia asigurată şi neasigurată este semnificativă la orice nivel de asistenţă medicală.

Doar în ceea ce priveşte procurarea medicamentelor protecţia este redusă şi afectează negativ atât persoanele asigurate, cât şi cele neasigurate.

Accesul la asistenţă medicală continuă să fie mai redus pentru familiile sărace din mediul rural, ceea ce indică necesitatea de a extinde rapid cuprinderea cu asigurări obligatorii în aceste zone. S-a demonstrat că costul medicamentelor este factorul principal, care reduce nivelul de protecţie financiară în sistemul asigurărilor obligatorii. Povara cheltuielilor pentru medicamente este mare şi sunt necesare eforturi suplimentare orientate spre extinderea spectrului de medicamente în cadrul asigurărilor de asistenţă medicală, inclusiv ale celor compensate.

30.2.4. INFORMAŢII PRIVIND SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Există o varietate largă de date privind serviciile de sănătate furnizate de Secţiile de informatică şi statistică medicală a instituţiilor medico-sanitare publice: date despre morbiditate, mortalitate, tipurile serviciilor prestate, medicamentele consumate, disponibilitatea şi calitatea serviciilor; informaţie financiară şi management (de ex. resurse umane, logistică). Reglementările Ministerului Sănătăţii clasifică aceste date în rapoarte (dări de seamă) privind starea sănătăţii, serviciile de sănătate şi rapoarte administrative.

Rapoartele privind sănătatea şi maladiile includ date despre sănătatea individuală (de ex. monitorizarea creşterii, perioada antenatală şi naşterea) şi maladie (consultaţiile, externarea), întocmite regulat de către personalul medical, precum şi date speciale privind toate maladiile (de ex. pentru cancer).

Una din cele mai importante funcţii ale acestor înregistrări este asigurarea calităţii şi continuităţii asistenţei medicale. Informaţia esenţială înregistrată în fişa pacientului sau carnetul de sănătate al pacientului stă la baza luării deciziilor şi prestării serviciilor în cadrul vizitelor repetate.

Înregistrările privind starea sănătăţii şi maladiile, de asemenea, includ rapoarte privind condiţiile de notificare -- evenimentele de boală sau sănătate de o anumită prioritate şi semnificaţie pentru sănătatea publică, care necesită raportare imediată prin sistemele de evidenţă şi de reacţie imediată a sectorului de sănătate publică.

Revizuirea din 2005 a Reglementărilor Internaţionale în Sănătate obligă toate statele membre ale OMS să raporteze acesteia fiecare caz de poliomielită cauzat de poliovirus tipul sălbatic, infecţia respiratorie H. influenzae cauzată de un nou subtip de virus, care provoacă sindromul respirator acut sever (SARS). De asemenea, ţările sunt obligate să raporteze fiecare caz de holeră, pestă pneumonică, febră galbenă, febră hemoragică virală (Ebola, Lassa, Marburg), febra Nilului de Vest şi alte maladii care reprezintă o preocupare majoră naţională sau regională. Lista completă a maladiilor, care necesită notificare imediată, variază de la o ţară la alta în funcţie de contextul epidemiologic şi de resursele disponibile.

Evidența și Reacția Integrată la Maladie este o strategie a Organizației Mondiale a Sănătății, care a încurajat și sprijinit țările membre să-și fortifice serviciul de evidență pentru:

- maladiile epidemice cu predispunere (inclusiv holera, dizenteria, rujeola, meningita, pesta, rabia/mușcătura de animal, tifosul recurent, febra tifoidă și febra galbenă);
- maladiile vizate pentru eradicare/eliminare (tetanosul neonatal, dracunculiaza și lepra) precum și alte maladii de preocupare majoră în Sănătatea Publică.

Pentru bolile infecțioase acute există un sistem de evidență cu avertizare capabil să depisteze rapid evenimentele și să acționeze prompt în caz de apariție a focarelor epidemice. Sistemele de evidență și avertizare a bolilor infecțioase au nevoie de precizările de caz ale maladiilor, de raportarea completă și în termenele prestabilite, de capacitățile de comunicare corespunzătoare, de serviciile de laborator de calitate și de personal calificat și motivat (pentru raportare, a managementului de date, confirmare de laborator, analiză și reacție la izbucnirile epidemice).

Înregistrările privind serviciile medicale furnizează informații despre numărul de pacienți cărora li se prestează diverse servicii (de staționar și în condiții de ambulatoriu), a medicamentelor și comodităților oferite. În măsura posibilităților serviciul de statistică medicală trebuie să furnizeze informații și din cadrul sectorului privat, precum și din organizațiile medico-sociale comunitare și obștești.

O componentă a informației privind serviciile de sănătate privește calitatea, accesibilitatea, logistica și finanțarea serviciilor de sănătate. Ele includ informații privind densitatea și distribuția instituțiilor medicale, resursele umane în sănătate, medicamentele și alte comodități și servicii de bază.

30.2.5. CONTURILE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

În scopul optimizării managementului serviciilor de sănătate, sistemele informaționale trebuie să furnizeze date privind finanțarea sistemului sănătății. În scopul elaborării politicilor și planurilor strategice, informația privind cheltuielile în sistemul de sănătate este obținută aplicând metodologia Conturilor Naționale de Sănătate. Conturile Naționale de Sănătate asigură informația privind volumul resurselor financiare alocate, fluxul acestor resurse în întregul sistem al sănătății și domeniile unde ele au fost cheltuite. Este importantă gruparea informațiilor pentru sectorul privat și cel public. Dezagregarea cheltuielilor conform maladiilor majore sau a programelor de sănătate este preferabilă, dar uneori imposibilă. La niveluri subnaționale aceste informații sunt folosite pentru planificarea finanțării instituțiilor medicale, iar la nivel național informația financiară deservește procesul de planificare a programelor de sănătate și de distribuție a resurselor pe tipuri de servicii în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

30.3. SURSELE DE INFORMAȚIE ȘI MANAGEMENTUL DATELOR PRIMARE

Calitatea informațiilor furnizate de sistemul informațional depinde de calitatea datelor primare colectate prin diverse metode. În această ordine de idei este necesar

de a elabora standarde pentru fiecare sursă de date. Standardele definesc procedurile cheie de asigurare a calităţii datelor, metodele corespunzătoare de colectare a datelor, de gestionare a meta- datelor şi auditul lor. Auditul datelor are ca scop corectarea erorilor şi confuziilor, care pot apărea în procesul de colectare a datelor. Fiecare metodă de colectare a datelor se caracterizează de următoarele dimensiuni: conţinut, capacitate, practici, diseminare şi integrare.

Conţinutul presupune existenţa definiţiilor de caz pentru toate sursele de date primare, metoda adecvată de colectare a datelor şi cost – eficacitatea lor. Capacităţile şi practicile presupun existenţa personalului instruit pentru colectarea, managementul datelor şi analiza rezultatelor. De asemenea, de acest compartiment ţin şi standardele aplicate pentru procedura de colectare a datelor şi documentaţia (formulare, chestionare) utilizată pentru colectarea lor.

Diseminarea înseamnă publicarea şi distribuirea tuturor utilizatorilor a rapoartelor generalizate, precum şi asigurarea accesului public la macro- date şi meta- date.

Integrarea datelor presupune crearea posibilităţilor de comparare a datelor colectate prin diverse metode, iar utilizarea înseamnă că factorii de decizie utilizează datele în planificarea şi organizarea serviciilor medicale.

Managementul datelor însemnă că în orice ţară trebuie să existe un depozit de date centralizat (de preferat în format electronic), în care se colectează toată informaţia din cadrul sistemului informaţional în sănătate, şi care ar fi accesibil tuturor, în mod ideal prin Internet. Existenţa unui asemenea depozit de date facilitează schimbul de date între programele de sănătate, promovează aderenţa la metodele şi definiţiile standard, facilitează reducerea excesului şi dublării datelor. De asemenea, acesta asigură un forum pentru examinarea şi înţelegerea inconsecvenţelor informaţionale şi generarea compatibilităţii între datele raportate prin diverse sisteme.

30.3.1. EVALUAREA PRODUSELOR INFORMAŢIONALE

Sistemul informaţional de sănătate trebuie să furnizeze date precise şi veridice pentru calcularea indicatorilor-cheie în cadrul fiecărui domeniu. Majoritatea indicatorilor sunt evaluaţi în baza surselor de date empirice. În consecinţă, este foarte important de a evalua punctele forte ale unei surse de date, tehnicile statistice şi metodele de estimare folosite pentru calcularea unui indicator. Conform Cadrului de Evaluare a Calităţii Datelor recomandat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii criteriile de evaluare a calităţii datelor sunt:

- ***Oportunitatea:*** disponibilitatea datelor la scurt timp după finalizarea colectării lor sau după o perioadă stabilită.
- ***Periodicitatea (frecvenţa):*** respectă standardele internaţionale în vigoare privind intervalele dintre colectarea datelor.
- ***Consistenţa şi revizuirea:*** valorile numerice ale datelor sunt consistente în timp şi cu alte seturi de date majore, iar revizuirile se efectuează conform unui grafic prestabilit şi transparent.
- ***Reprezentativitatea:*** datele reprezintă populaţia şi subgrupurile relevante de populaţie.
- ***Dezagregarea:*** indicatorul trebuie să fie disponibil în stratificările majore, în special pe grupe de vârstă, sex, statut socio-economic, regiune geografică, administrativă şi etnie conform relevanţei.

- ***Metodele de estimare şi tehnicile statistice***: metoda de estimare, inclusiv ajustările, transformarea datelor în informaţii şi metodele analitice respectă procedurile statistice importante şi sunt transparente.

30.3.2. SINTEZA ŞI UTILIZAREA DATELOR

Datele în sine nu conţin informaţii relevante. Pentru a obţine informaţii relevante datele trebuiesc analizate şi interpretate. Este important ca sinteza, analiza şi interpretarea datelor să se facă în contextul general de funcţionare a sistemului de sănătate sau al desfăşurării intervenţiilor în sănătate. Un aspect important al analizei este sinteza datelor furnizate din surse multiple, examinarea contradicţiilor şi rezumarea acestora într-o evaluare consistentă a situaţiei şi tendinţelor în sănătate. Sinteza şi analiza include evaluarea poverii maladiei, factorilor comportamentali de risc, ariei de acoperire cu servicii de sănătate şi a altor aspecte.

După etapa de analiză a datelor urmează etapa de utilizare a acestora pentru luarea deciziilor. Capacităţile de analiză a datelor deseori lipsesc sau sunt insuficiente. Combinarea unei analize complexe a situaţiei şi a tendinţelor în sănătatea populaţiei cu datele privind cheltuielile în sănătate şi caracteristicile sistemului sănătăţii este de o importanţă majoră. Dezvoltarea unor asemenea capacităţi analitice (şi cadre instruite) presupune uneori investiţii considerabile.

Factorii comportamentali, organizatorici şi de mediu influenţează gradul de utilizare a informaţiei. Punctele de referinţă pentru îmbunătăţirea utilizării datelor presupun:

- înlăturarea constrângerilor comportamentale;
- asigurarea unui mediu organizatoric de sprijin, care ar prevedea stimularea medicilor pentru utilizarea datelor în luarea deciziilor;
- asigurarea relevanţei datelor folosite în luarea deciziilor şi planificarea strategică;
- întreprinderea eforturilor maxime pentru asigurarea valabilităţii informaţiei;
- evitarea abundenţei de informaţie;
- asigurarea dezagregării informaţiilor pentru asigurarea echităţii în prestarea serviciilor;
- prezentarea datelor conform necesităţilor specifice ale publicului-ţintă;
- asigurarea prezentării datelor la timp.

O funcţie importantă a sistemului informaţional în sănătate este de a combina producerea datelor cu utilizarea acestora. Utilizatorii sunt atât cei, care prestează serviciile, cât şi cei responsabili de managementul şi planificarea programelor de sănătate. De asemenea, utilizatori de informaţii sunt şi cei care finanţează programele de sănătate şi serviciile de asistenţă medicală atât la nivel de ţară (ministerele sănătăţii şi finanţelor), cât şi la nivel extern (donatorii, băncile pentru dezvoltare şi organizaţiile de suport tehnic). Luarea deciziilor privind priorităţile naţionale în sănătate în mod obligatoriu implică un număr extins de actori, cum ar fi societatea civilă, persoanele responsabile de elaborarea politicilor la nivel superior de guvernământ etc. Toţi aceştia, de asemenea, sunt utilizatori importanţi de informaţii despre sănătate. Diferiţi utilizatori au necesităţi diferite în date despre sănătatea populaţiei şi activitatea instituţiilor medicale. Oficialii implicaţi în planificarea şi managementul serviciilor şi cei responsabili de evidenţa tendinţelor epidemiologice ale maladiilor, de obicei,

necesită date mult mai detaliate decât persoanele implicate în elaborarea politicilor, care necesită date pentru decizii strategice mult mai generale. Astfel, sistemul informaţional în sănătate trebuie să colecteze şi să disemineze date şi informaţii în funcţie de publicul-ţintă.

30.4. DEZVOLTAREA SISTEMULUI INFORMAŢIONAL MEDICAL INTEGRAT

30.4.1. ASPECTE CONCEPTUALE

Sistemul informaţional integrat de management pentru sectorul sănătăţii este un ansamblu organizatoric de elemente (persoane, harduri, softuri, algoritmi şi proceduri), aflate în interacţiune, şi care asigură colectarea, transmiterea, centralizarea, stocarea, prelucrarea şi vizualizarea informaţiilor, în scopul soluţionării problemelor complexe de deservire a pacienţilor şi de dirijare a serviciilor de sănătate.

În aceste condiţii se impune dezvoltarea, în mod prioritar, a unui sistem naţional corporativ de informatică medicală, care urmează să asigure medicii cu date privind metodele moderne de tratament ale maladiilor şi să furnizeze operativ organelor de conducere centrale şi locale informaţii autentice pentru argumentarea corectă a deciziilor ce ţin de dirijarea sistemului de sănătate. Ca rezultat al dotării adecvate a instituţiilor medico-sanitare publice cu utilaje şi reţele informatice, calitatea asistenţei medicale creşte continuu, contribuind în mare măsură la îmbunătăţirea stării de sănătate a comunităţii.

Una din necesităţile evidente ale Politicii Naţionale de Sănătate o reprezintă îmbunătăţirea proceselor decizionale la nivel central şi regional. Acest obiectiv nu poate fi atins fără disponibilitatea unor date relevante, veridice, complete şi uşor accesibile, privitor la toate tendinţele şi fenomenele importante din cadrul sectorului medical.

În prezent există un pericol de dezvoltare în medicină a micilor aplicaţii informatice de sine stătătoare, capabile de gestionarea unui volum relativ mic de date, fără a fi complete şi nici corecte. Acest fapt poate fi determinat de imposibilitatea gestionării datelor la nivel republican pentru obţinerea unor informaţii reale şi utile în cadrul procesului de optimizare şi analiză corectă, pe care le presupune un sistem de nivel republican.

Operativitatea analizei informaţiei în timp relativ scurt este unul din avantajele principale în baza căruia se pot efectua analize cu caracter preventiv şi corectiv, esenţiale pentru o bună desfăşurare a unui sistem medical de aşa nivel. În cadrul lui identificăm patru mari componente ale sistemului, şi anume: instituţii guvernamentale, CNAM, furnizorii de servicii medicale (spitale, policlinici, medicină primară) şi nu în ultimul rând, consumatorii de servicii medicale – populaţia.

Realizarea unui flux informaţional flexibil, prin care să existe posibilitatea creşterii nivelului de trai din punct de vedere atât medical cât şi, implicit, social al unui pacient, presupune, pe lângă o complexitate ridicată a calculului indicilor de calitate, desfăşurarea redusă în timp a acestor operaţiuni, în vederea obţinerii şi ameliorării stării de sănătate şi dezvoltării asistenţei medicale primare, spitaliceşti şi de urgenţă.

30.4.2. OBIECTIVELE SISTEMULUI INFORMAŢIONAL MEDICAL INTEGRAT

Obiectivele sistemului informaţional medical integrat:

- asigurarea introducerii şi a accesului rapid la datele demografice şi clinice privind orice pacient în procesul curativ şi/sau profilactic atât în cadrul instituţiilor de asistenţă medicală de ambulatoriu, cât şi de staţionar;
- asigurarea încărcării şi verificării datelor privind statutul de asigurare medicală în cazul fiecărui pacient;
- asigurarea trimiterilor, în formă electronică, a pacienţilor şi întocmirii listelor electronice de planificare a activităţilor pentru orice unitate organizaţională, care participă la procesul profilactic şi/sau curativ;
- excluderea introducerii dublate a datelor sau a datelor incomplete privind pacienţii;
- elaborarea automatizată a tuturor rapoartelor oficiale relevante activităţii instituţiei medico-sanitare, precum şi a celor relevante stării sănătăţii pacienţilor şi/sau locuitorilor;
- asigurarea fără dificultăţi a accesului la informaţie pentru personalul managerial al instituţiei medico-sanitare de orice nivel;
- asigurarea suportului în planificarea activităţii profilactice/curative a instituţiilor medico-sanitare;
- reducerea costurilor prin intermediul asigurării la comandă cu medicamente şi a asigurării unui control mai riguros al utilizării acestora;
- permiterea implementării intervenţiilor corespunzătoare pentru angajaţi;
- asigurarea controlului calităţii serviciilor medicale prin intermediul evaluării indicatorilor de calitate;
- estimarea corespunderii structurii şi volumului de servicii prestate conform situaţiei demografice şi necesităţilor de sănătate a populaţiei având în vedere constrângerile financiare ale instituţiilor medico-sanitare;
- transparenţa privind controlul şi gestionarea fondurilor financiare ale CNAM;
- colectarea şi gestionarea informaţiilor economice şi medicale necesare funcţionării eficiente a Sistemului Asigurărilor de Sănătate;
- evidenţierea şi controlul costurilor din sistem.

Sistemele informaţionale trebuie să permită preluarea informaţiilor de la nivelul local, în format standard de schimb de date, pe care le vor furniza pentru prelucrare, cu scopul de a asigura exactitatea şi oportunitatea proceselor de luare a deciziilor în sistemul de sănătate, în scopul perfecţionării alocării resurselor deficitare în sectorul de sănătate şi în scopul consolidării structurii şi calităţii serviciilor medicale oferite de instituţiile medicale publice.

Pentru susţinerea scopului menţionat trebuie de atins următoarele obiective:

- acordarea informaţiei veridice şi complete, care poate servi drept bază pentru luarea unor decizii corecte şi oportune la nivel local, central şi regional;
- consolidarea capacităţilor manageriale la nivel local, central şi regional;
- generarea unor informaţii mai calitative ca termeni de referinţă la nivel naţional, regional şi internaţional.

30.5. ARHITECTURA SISTEMULUI INFORMAȚIONAL

Destinația unui Sistem Informațional Integrat de Management pentru Sectorul Sănătății este de a asigura exactitatea și oportunitatea proceselor de luare a deciziilor în Sistemul de Sănătate în Moldova la nivel central și regional sau local, în scopul perfecționării alocării resurselor deficitare în sectorul de sănătate și în scopul consolidării structurii și calității serviciilor medicale oferite de instituțiile medicale publice.

Pentru susținerea scopului menționat, Sistemul Informațional Integrat trebuie să asigure soluții informatice cu activități specifice pentru fiecare furnizor de servicii medicale (spitale, medici de familie etc.), interconectate prin intermediul unei baze de date unice, aflată la nivel național. Astfel, informațiile cuprinse în baza de date centralizată vor fi calitative si veridice, vor fi disponibile în timp rezonabil managerilor responsabili de sistemul medical, asigurându-se astfel luarea unor decizii corecte și oportune la nivel central, regional și local.

Realizarea Sistemului Informațional Integrat de Management pentru Sectorul Sănătății începe de la bază, și anume cu informatizarea furnizorilor de servicii medicale (*figura 75*).

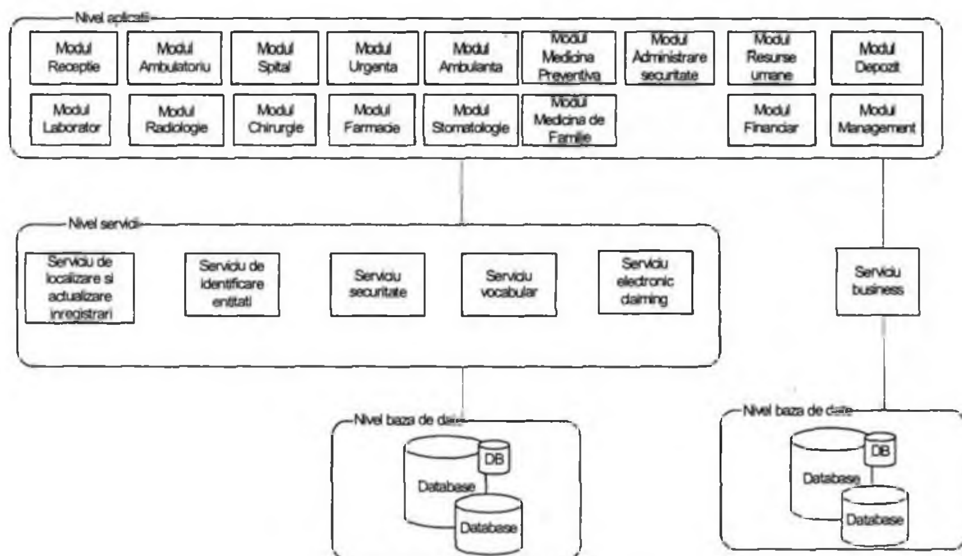


Figura 75. **Schema funcțională a Sistemului Informațional Integrat la nivel de furnizori de servicii medicale**

Sistemul va urmări pacientul atât din punct de vedere medical, cât și din punct de vedere economico-financiar, la toate etapele interacțiunii cu furnizorii de servicii medicale, punând la dispoziția Ministerului Sănătății, a partenerilor acestuia (CNAM, MDI etc.) și a furnizorilor de servicii medicale toate informațiile necesare unui bun management la orice nivel.

Astfel, presupunând că un pacient se adresează medicului de familie, acesta din urmă considerând necesară trimiterea lui spre investigații în cadrul unui spital, în regim ambulatoriu sau staționar, sistemul (*figura 76*) este capabil să acumuleze

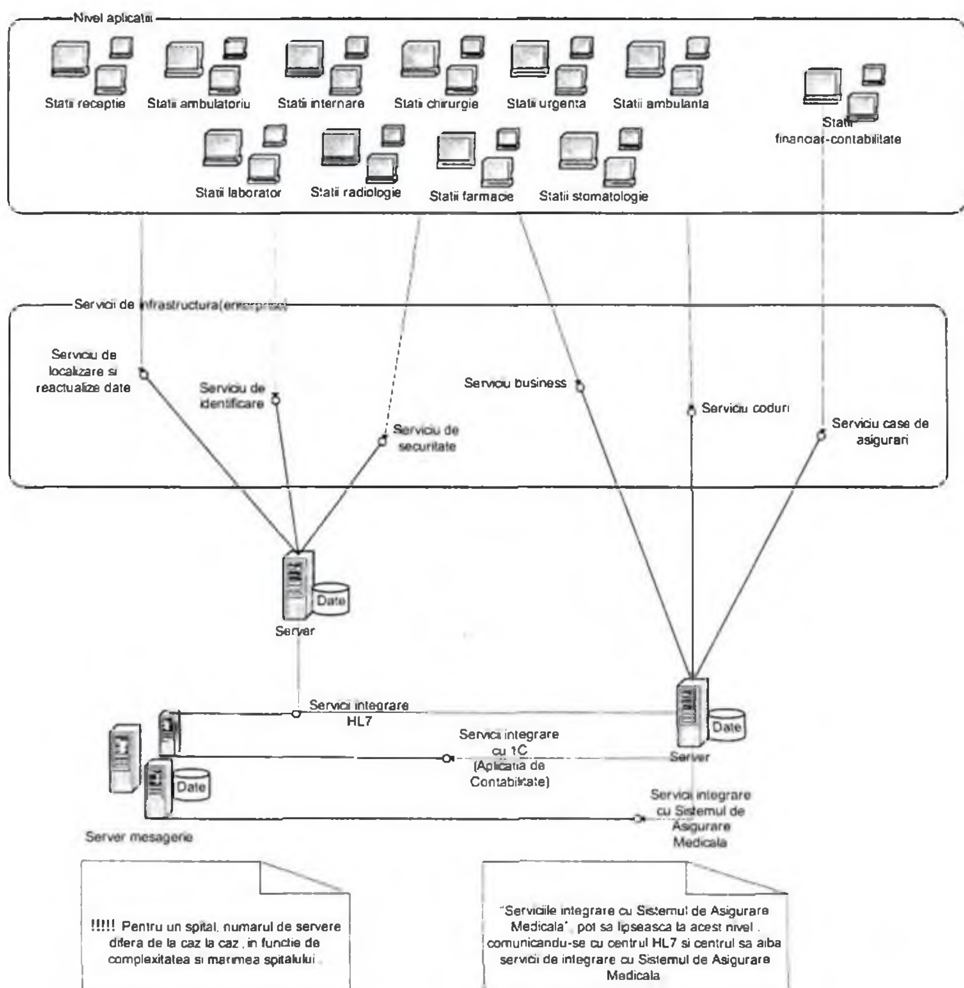


Figura 76. **Schema funcţională a Sistemului Informaţional integrat la nivel de spital**

informaţiile medicale şi, implicit, costurile aferente, atât la nivelul cabinetului de medicină de familie, cât şi la nivelul policlinicii, respectiv spitalului, datele fiind disponibile în mod centralizat sau detaliat, după caz, atât pentru utilizare locală, cât şi pentru forurile superioare.

Astfel, Ministerului Sănătăţii dispune de toate informaţiile (medicale, financiare etc.) necesare pentru formarea şi estimarea unei imagini reale şi exercitarea în mod coerent a măsurilor corective şi de optimizare prin stabilirea liniilor directoare decizionale şi implementarea acestora (*figura 77*).

Ştiind că generează costuri atât efectuarea actului medical, cât şi administrarea de proceduri, medicaţie, investigaţii etc., există posibilitatea evaluării la fiecare nivel şi orice moment a aspectului financiar real. Compania Naţională de Asigurări în Medicină, cu rol principal de urmărire a serviciilor prestate, dispune astfel de un suport solid în efectuarea activităţilor financiare asociate.

Figura 77. **Schema funcţională a Sistemului Informaţional Integrat la nivel naţional**

Accesarea în mod securizat a acestor informaţii dă posibilitatea de a concretiza conceptul de telemedicină – teleradiologie – telediagnosticare, de a realiza un instrument facil în monitorizarea şi controlul costurilor. Sistemul va permite, totodată, prin flexibilitate, interfaţare şi interconectare, evaluarea stării de sănătate reale şi desfăşurarea activităţilor la standardele europene şi internaţionale.

Un exemplu concret în prezentarea fluxului informaţional poate fi ilustrat prin descrierea transmiterii electronice a trimiterilor (*figura 78*).

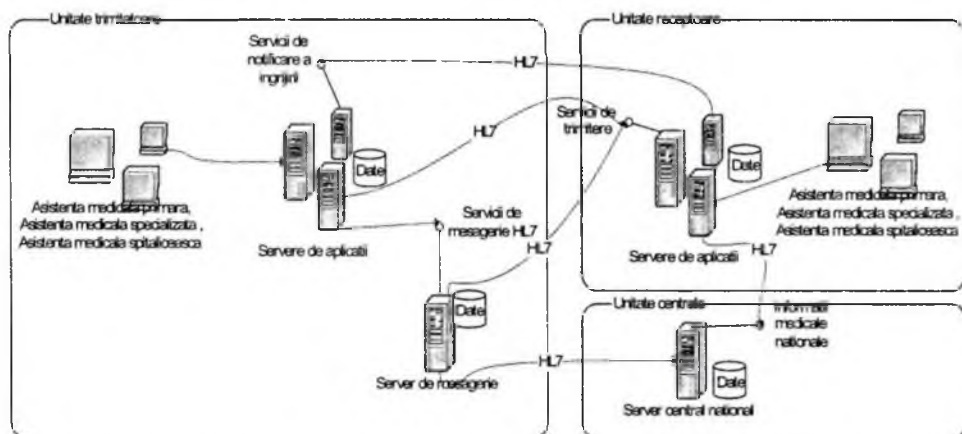


Figura 78. **Arhitectura sistemului de trimiteri**

30.6. SISTEMUL INFORMAȚIONAL – FURNIZOR DE SERVICII INFORMAȚIONALE MEDICALE

30.6.1. DESCRIERE GENERALĂ

Sistemul Informațional de Management pentru Sectorul Sănătății în Republica Moldova se va folosi ca suport în luarea deciziilor la nivel de stat şi regional, precum şi ca un instrument pentru analizarea tendințelor din sectorul sănătății din Moldova, calcularea tarifelor naționale la serviciile medicale şi generarea datelor statistice oficiale privind serviciile medicale.

Se începe de la un sistem informațional pentru instituțiile medico-sanitare, care ar garanta producerea unor date primare veridice la nivelul instituțiilor, medico-sanitare, derivate din activitatea cotidiană a acestora.

Sistemul Informațional Integrat colectează informații de la toate instituțiile medicale din Moldova în format standard de schimb de date, acordând factorilor de decizie din domeniul sănătății informații utile, ce reies din datele colectate.

Sistemul este proiectat într-o structură ierarhică având la baza piramidei furnizorii de servicii medicale (medicii de familie, spitale etc. şi în vârful piramidei Ministerul Sănătății şi Compania Națională de Asigurări în Medicină, care recepționează, colectează, agregă şi procesează date sintetice la nivel național, gestionează activitățile instituțiilor medico-sanitare din țară, asigurând în acelaşi timp şi interfața dintre sistemul sanitar şi celelalte sisteme naționale de evidență.

30.6.2. COMPONENTE ALE SISTEMULUI – FURNIZORI DE SERVICII MEDICALE

Spitale/policlinică

Soluția informatică pentru aceste instituții este una complexă, de tip modular, acoperind întreaga activitate a unei unități sanitare moderne.

Scopul implementării Sistemului Informațional Integrat este creşterea calității şi a eficienței actului medical, concomitent cu scăderea costurilor necesare pentru desfăşurarea acestuia.

Obiectivele urmărite sunt:

- accesarea rapidă a tuturor datelor despre pacienți;
- confidențialitatea datelor referitoare la pacienți;
- îmbunătățirea fluxului informațional intern;
- accesul securizat din exteriorul unității sanitare la informațiile acesteia.

Interfața întregului sistem trebuie sa fie unitară, accesibilă tuturor tipurilor de utilizatori, lucru ce permite utilizarea facilă a aplicațiilor datorită folosirii aceloraşi machete în întregul program.

Aplicația trebuie să fie structurată pe nivele logice, fiecare nivel prevăzând funcții de întoarcere la nivelul anterior sau părăsirea acestuia. Elementele de interacțiune cu aplicația vor fi configurabile de către administratorul sistemului.

Întreaga interfață, help-ul şi mesajele de avertizare vor fi în limba română. Se vor utiliza mesaje de avertizare în întreaga aplicație, care vor ajuta la eliminarea erorilor de introducere a datelor.

În continuare, vor fi prezentate modulele de bază ale sistemului integrat şi principalele lor caracteristici şi funcţionalităţi.

Modulul Birou internări, Secţii, Sală de operaţie, Ambulatoriu de specialitate

Modulul acoperă toate activităţile desfăşurate în diversele locaţii de primire a pacienţilor în spital/policlinică, unităţi primiri urgenţe, gărzi, biroul de internare, cabinete ambulatoriu de specialitate, cabinete de stomatologie, secţii, permiţând culegerea diverselor date despre pacient, într-o bază de date unică, indiferent de locaţia de unde sunt culese acestea.

La introducerea datelor despre un pacient nou, care vine la respectiva unitate sanitară, în bază de date se va genera un dosar electronic al pacientului, care va conţine, sub formă arborescentă, toate detaliile legate de prezentările şi internările acestui pacient în unitatea sanitară.

La prezentarea unui pacient în unitate (fie că el vine sau este adus la unitatea de primiri, urgenţe, în gardă ori biroul de internare sau vine ca urmare a unei programări), el va fi căutat în baza de date unică a spitalului, în funcţie de anumite date personale (nume, prenume, IDNP etc.).

Dacă pacientul va fi regăsit în baza de date pe baza criteriilor de căutare, acestuia i se va face o prezentare nouă, în acest fel dosarul lui electronic gestionat de sistemul informaţional fiind reactualizat cu noile informaţii.

Dacă pacientul nu a mai fost în respectiva unitate sanitară (el nu va fi regăsit în baza de date), pentru el va trebui generat un dosar electronic, care din acest moment va conţine toate datele culese despre pacientul respectiv.

La momentul generării unui dosar electronic nou, pentru pacientul în cauză pot fi culese în baza de date diverse informaţii, cum ar fi: datele paşaportului pacientului, datele legate de numele mamei şi tatălui, datele legate de domiciliul stabil şi cel flotant, diverse observaţii medicale, datele legate de trimiterea şi sosirea pacientului şi eventual ale însoţitorului acestuia, datele legate de asigurarea de sănătate a pacientului, datele legate de ocupaţia acestuia etc.

După completarea acestor date, se va trece la completarea datelor de examinare a pacientului, în cazul în care el a venit în camera de gardă, la unitatea de primiri urgenţe sau în cabinetele de specialitate.

Alături de datele de examinare, pacientului i se pot asocia procedurile medicale efectuate, i se poate face cerere de analize, i se pot prescrie medicamente sau asocia diverse consumuri medicale.

După completarea tuturor acestor date de examinare, se vor completa datele clinice ce ţin de internarea pacientului (diagnostic, tip internare, secţie, medic curant, regim etc.), se va genera şi tipări foaia de observaţie clinică generală cu datele pacientului.

Dacă pacientul se prezintă la biroul de internare, după introducerea datelor personale sau regăsirea sa în baza de date el va fi internat, generând, în mod similar, foaia personală de observaţie.

Fie că pacientul vine la biroul de internări sau în una din gărzile spitalului, foaia de observaţie va fi unică pe spital, numărul acesteia fiind generat de către calculator în ordinea sosirii pacienţilor.

Dacă un pacient a mai trecut prin unitatea sanitară, despre el fiind culese diverse informaţii ce ţin de internările şi tratamentele sale, la o prezentare nouă a sa, el va putea fi regăsit, împreună cu toate aceste date din istoricul său medical, în funcţie de datele lui personale sau numărul foii de observaţie din trecut.

În întreg sistemul integrat, nu numai acest modul trebuie să permită extragerea rapidă a tuturor informaţiilor despre un pacient tratat în respectiva unitate sanitară prin intermediul istoricului medical al acestuia. În cadrul istoricului medical al unui pacient se vor regăsi toate prezentările, examinările şi internările acestuia, iar pentru fiecare dintre acestea se vor regăsi detaliile de prezentare, detaliile de examinare, procedurile şi intervenţiile efectuate, medicaţia, analizele de laborator, detaliile de internare, diagnosticele, examinările radiologice şi diverse alte date ce au fost culese despre pacient.

În mod similar, modulul răspunde şi activităţilor desfăşurate în ambulatoriu sau în cabinetele de stomatologie, pacienţii fiind gestionaţi de către sistem în cadrul aceleiaşi baze de date. Similar, pot fi create dosare electronice noi sau regăsiţi pacienţi, care au mai fost trataţi în respectiva unitate sanitară. Internarea pacienţilor poate fi efectuată şi din cabinetul de specialitate din ambulatoriu (în cazul în care acestea se află în cadrul spitalelor).

Modulul dispune şi de un set de rapoarte, din care pot fi tipărite sau exportate, în diverse formate, rapoarte de activitate pe diverse compartimente de primire, pe medici, rapoarte de consumuri, rapoarte pe proceduri efectuate, etc.

După generarea foii de observaţie clinică generală, pacientul va fi regăsit în cadrul modulului şi vor putea fi urmărite toate activităţile desfăşurate pe perioada tratamentului său.

Pentru un pacient internat în cadrul unei secţii din spital (staţionar), se vor putea cere analize direct din laborator, prin intermediul sistemului integrat. De asemenea, tot prin intermediul sistemului, pentru pacient pot fi prescrise medicamente din cadrul farmaciei spitalului. Pacientul internat poate fi programat la examinări şi examinat şi de către alte departamente, datele rezultate în urma examinării fiind asociate în dosarul electronic unic al pacientului. Similar, la terminarea analizelor de laborator sau la eliberarea medicamentelor din farmacie, datele respective vor fi asociate foii de observaţie a pacientului, pe baza lor putându-se calcula costuri de tratament ale pacientului, alături de alte consumuri ale acestuia.

La nivelul secţiilor, se vor putea efectua diverse operaţiuni şi vor putea fi culese diverse informaţii, cum ar fi: completarea datelor de internare ale pacientului, completarea diagnosticelor pacientului, schimbarea medicului curant, a salonului sau a regimului de masă, internarea unui însoţitor pentru pacient, efectuarea de proceduri şi intervenţii medicale, prescrierea de medicamente, cererea de analize către laborator, urmărirea evoluţiei pacientului, efectuarea de examene clinice, asocierea de diverse consumuri pentru pacient, transferul acestuia în altă secţie, anularea internării etc.

La finalul tratamentului unui pacient, în program pot fi introduse datele de externare ale acestuia, generându-se apoi biletul de externare.

Pentru secţiile speciale, de tip terapie intensivă, bloc operator, departament urgenţe, hemodializă etc., sistemul trebuie să permită culegerea de date specifice activităţilor desfăşurate pe acele compartimente ale spitalului.

Fiecărei manevre medicale, analize de laborator etc. i se pot asocia anumite cantități de materiale sau anumite costuri, acestea fiind încărcate la efectuarea lor în mod automat sau manual, atunci când pentru anumite proceduri nu au fost normate aceste consumuri.

Acest modul permite şi urmărirea tuturor activităților desfăşurate în secțiile ce au pacienți înscrişi în programe naționale.

La fel ca şi celelalte module ale sistemului, acest modul va necesita o gamă variată de rapoarte, printre care: foaia de observație zilnică, foaia de alimentație, centralizatorul de mişcări, diverse rapoarte de activitate pe medic, pe zile, pe secții, pe compartimente, pe proceduri efectuate, pe diagnostice, rapoarte de consumuri pe pacienți etc.

Modulul Laborator

Modulul Laborator este soluția de informatizare şi automatizare a laboratorului din spital/policlinică. Programul va permite atât conectarea şi recepționarea rezultatelor de la analizoare, cât şi urmărirea întregului flux al pacienților.

Pentru pacienții înregistrați în baza de date, aflați în camerele de gardă, în cabinetele de ambulatoriu sau internați în secții, se vor efectua cereri de analize către laborator. Toate analizele dintr-o recoltare a unui pacient se vor grupa într-un set de analize ce va fi identificat prin intermediul unui identificator tip etichetă de cod de bare.

La primirea probelor (identificate prin etichete de cod de bare) în laborator, acestea vor fi distribuite către analizoare, cele care pot fi conectate la sistem trimițând în mod automat rezultatele. Pentru analizele ce trebuie efectuate manual, sau în cazul celor efectuate pe analizoare ce nu pot fi conectate, rezultatele vor fi introduse manual de către operatori şi se vor regăsi în foaia de observație şi în istoricul medical al pacientului corespunzător.

După validarea rezultatelor în laborator, acestea pot fi vizualizate în foaia de observație şi în istoricul medical al pacientului, pe baza lor tipărindu-se buletinul de analize.

Alături de rezultatele analizelor, vor fi configurate şi consumuri de materiale sau valorice pe diversele analize efectuate de laborator, aceste consumuri sau valori putând fi calculate alături de celelalte consumuri ori valori pentru fiecare pacient. Şi la nivelul modulului Laborator sunt necesare diverse rapoarte de activitate, pe compartimente, pe tipuri de analize, pe medici etc.

Modulul Farmacie

Modulul Farmacie realizează informatizarea tuturor activităților desfăşurate în cadrul farmaciilor cu circuit închis ale spitalului şi policlinicii. Este necesară gestiunea cantitativ-valorică a medicamentelor din farmacie. La fel ca şi modulul Laborator, modulul farmacie trebuie integrat cu celelalte module ale sistemului informațional, ducând cont de cererea de medicamente pe secții/cabinete către farmacie în bază de condică sau rețetă. Eliberarea medicamentelor se face cantitativ-valoric pe pacient, în conformitate cu reglementările existente, stocurile farmaciei reactualizându-se într-un proces continuu.

Modulul trebuie sa îndeplinească următoarele cerințe:

– introducerea facturilor de medicamente şi generarea documentelor de recepție;

– ieşirea de medicamente din diverse gestiuni administrate, cantitativ-valoric, atât pe reţetă, cât şi pe foaia de observaţie;
– transferul de medicamente între diversele gestiuni configurate;
– producerea de medicamente în cadrul farmaciei.

Pe baza diverselor tipuri de intrări şi ieşiri, se pot tipări rapoarte de gestiune, centralizatoare de consumuri, generarea de fişiere pentru export către compania de asigurări, inventariere etc.

Acestea se vor adăuga la celelalte consumuri ale pacientului (materiale normate pe proceduri, consumuri pe laborator, materiale consumate pentru diverse examinări etc.).

Similar cu modulele prezentate anterior, modulul Farmacie necesită o gamă variată de rapoarte specifice activităţilor desfăşurate la nivelul farmaciei.

Modulul Imagistică medicală

Modulul Imagistică medicală permite urmărirea activităţilor desfăşurate în cadrul acestor compartimente, precum şi a consumului de materiale (introducerea acestora poate fi făcută manual sau automat prin normarea unor proceduri sau intervenţii cu diverse materiale sanitare).

Toate rezultatele vor fi ataşate în foaia electronică şi în istoricul medical al pacientului, acestea putând fi vizualizate din diversele locaţii ale spitalului.

În cazul generării de imagini radiologice digitale (format DICOM) de la diversele aparate radiologice, acestea vor fi asociate foii de observaţie şi istoricului medical al pacientului, existând posibilitatea vizualizării acestora oricând este cazul de pe orice staţie de lucru din sistem.

În cadrul acestui modul pot fi obţinute rapoarte specifice de activitate, de consumuri pe pacient, pe medic etc.

Modulul Statistică şi Rapoarte Medicale

Fiecare modul va dispune de rapoarte specifice. Totuşi, de la anumite staţii de lucru, pe baza unei parole cu acces de administrator, se vor putea obţine toate aceste rapoarte specifice tuturor activităţilor din spital. Printre acestea enumerăm următoarele: raport prezentări şi examinări, foaia de mişcare, centralizator de mişcări, foaia de alimentaţie, rapoarte de activităţi pe departamente, rapoarte legate de numărul de examinări, rapoarte legate de asigurarea medicală, durata medie de spitalizare etc.

Pe lângă acestea, se pot obţine şi anumite rapoarte pentru management, legate de activitatea departamentelor, consumuri pe secţii, medici, număr de manevre medicale efectuate pe secţii, pe medici, pe gărzi etc., toate ilustrate sub formă tabelară şi grafică.

Modulul Decont de cheltuieli pe pacient

Toate serviciile medicale, de care a beneficiat pacientul pe parcursul episodului de tratament, vor trebui strânse şi evidenţiate într-un decont de cheltuieli, fiind împărţite în următoarele categorii:
– *Proceduri medicale.* Aici apar procedurile medicale (inclusiv investigaţii radiologice) efectuate pacientului pe durata spitalizării.
– *Analize.* Aici apar analizele medicale efectuate pacientului pe durata spitalizării.

- *Medicație.* În decont apar medicamentele administrate pacientului pe durata spitalizării, împreună cu prețul lor de achiziție preluat din gestiunea farmaciei.
- *Materiale consumate.* În această categorie sunt cuprinse materialele sanitare ce pot fi identificate ca și consumate pentru pacientul respectiv pe durata spitalizării. Ele sunt prescrise pe bază de foaie de observație pentru pacienții internați pe secții sau pe bază de rețete pentru pacienții examinați în cabinetele de specialitate.
- *Servicii de cazare.* Se vor defini tipuri de cazare pentru internările în secțiile spitalului. Pentru acestea, se va trece prețul definit pe oră de spital și/sau prețul definit de compania de asigurări. Tipul de cazare se stabilește la internarea pacientului și se modifică pe parcursul perioadei de spitalizare. În decont apar tipurile de cazare ca servicii de cazare, de care a beneficiat pacientul pe perioada de spitalizare, numărul de ore pentru fiecare tip de cazare și prețul pe oră definit de către spital pentru acel tip.
- *Servicii de masă.* Se vor defini regimuri de masă cu prețul pe zi stabilit de spital și/sau cel prevăzut de compania de asigurări. Regimul de masă se poate stabili la internarea pacientului și modifica pe parcursul perioadei de spitalizare. În decont apar regimurile de masă, de care a beneficiat pacientul pe perioada de spitalizare, numărul de zile pentru fiecare regim și prețul pe zi definit de către spital pentru acel regim.

30.6.3. MEDICINA DE FAMILIE

Aplicația software destinată evidenței lucrului medicilor de familie permite realizarea gestiunii electronice a pacienților și a întregii activități medicale desfășurate de personalul cabinetului. Sistemul trebuie să asigure legătura dintre cabinetul medicului de familie și instituțiile ierarhic superioare, prin facilitarea obținerii:

- rapoartelor de activitate periodice;
- rapoartelor către instituțiile ierarhice.

Sistemul informațional trebuie să funcționeze la un număr estimat de 2 100 medici de familie (stații de lucru), cu posibilitate de extindere.

Acesta va trebui sa funcționeze în două module, anume în modul monopost, și modul de lucru în rețea – utilizatorii se vor conecta la aceeași bază de date. Se impune implementarea de mecanisme specifice acestui mod de lucru, precum administrarea accesului concurențial la date, gestiunea utilizatorilor ce pot accesa datele, restricționarea accesului utilizatorilor.

Sistemul trebuie să permită efectuarea unor copii de siguranță a datelor folosite în aplicația instalată la fiecare medic de familie, precum și restaurarea datelor în situații fors majore, cu pierderi nule sau minime de date.

Din punct de vedere funcțional, un astfel de sistem trebuie să conțină următoarele module și funcționalități descrise la fiecare dintre ele:

- *Modulul Registre* – asigură evidența registrelor pacienților: registru copii, adulți, gravide, cronici etc;
- *Modulul Planificări* - pentru evidența electronică eficientă a programărilor în cabinetul medical: gestiunea se va efectua pe ore/zile/săptămâni/luni și pe fiecare medic în parte;

- *Modulul Rapoarte* - asigură transferul datelor către instituțiile superioare ierarhic (Spital, Compania Națională de Asigurări în Medicină). Permite regăsirea informațiilor după diverse criterii, în forme standard, impuse de legislație, precum și personalizate în funcție de necesități;
- *Modulul de Integrare* - va asigura comunicarea cu instituțiile ierarhice, exportul datelor medicale despre pacienți către alți medici de familie sau importul datelor pacienților veniți de la alt medic de familie (de exemplu, la schimbarea adresei);
- *Modulul Nomenclatoare* – asigură suportul funcțional pentru celelalte module prin gestiunea informațiilor de bază la nivelul aplicației: localități, străzi, servicii și grupe de servicii, categorii de asigurați și grupe de vârstă, specialități medicale.

30.6.4. ALTE FUNCȚII NECESARE

- Aplicația va permite tipărirea diverselor acte: adeverințe, bilete de trimitere, rețete.
- Va permite transferul dosarului electronic al pacientului către alți furnizori de servicii medicale: medici, spitale, policlinici, în format electronic.
- Fișa pacientului – sistemul va oferi posibilitatea de adăugare/ vizualizare/ modificare/tipărire a fișei pacientului.
- Sistemul va pune la dispoziția medicilor o serie de rapoarte statistice generate pe baza datelor din sistem.
- Sistemul va permite înregistrarea sesizărilor, reclamațiilor și propunerilor, precum și tipărirea acestora pentru a fi afișate, în conformitate cu reglementările existente.
- Menține legătura cu instituțiile statului cu răspundere în aria medicini preventive.
- Integrează informațiile medicale primite de la unitățile responsabile de Medicina de Urgență.

30.7. SISTEM INFORMAȚIONAL DE TELERADIOLOGIE

30.7.1. DESCRIERE GENERALĂ

Această soluție trebuie să folosească un sistem de tip PACS (Picture Archiving and Communication System) – sistem digital proiectat pentru arhivarea, salvarea și afișarea imaginilor DICOM în vederea diagnosticării. Acest tip de sistem trebuie să integreze toate sistemele de achiziție, stocare și diagnosticare din secțiile de imagistică/radiologie dintr-un spital într-o rețea de tip PACS și să ofere posibilitatea integrării cu alte aplicații la nivelul spitalului.

Componentele de bază ale unui sistem PACS sunt:

Serverul de imagini este destinat stocării instanțelor DICOM primite de la alte noduri DICOM din rețea (fie modalități, fie alte aplicații compatibile DICOM), pe care le memorează pe termen scurt sau lung. Imaginile DICOM vor putea fi accesate de către doctorii din departamentele imagistică și radiologie în orice moment.

Stațiile de diagnosticare sunt aplicații de tip client ce stochează temporar instanțele DICOM (imagini, documente/rapoarte, înregistrări audio), instanțe ce

sunt aduse de la serverul de imagini prin cereri specifice. Stațiile de diagnosticare sunt folosite pentru vizualizarea imaginilor unei examinări în vederea interpretării acestora. În general, aplicația, fiind destinată medicilor radiologi şi celor din departamentul imagistică, va oferi acestora posibilitatea de a prelucra grafic imaginile, ducând la eficientizarea procesului de diagnosticare.

Procesarea imaginilor include: scanare, contrast şi luminozitate, mărire, filtrare, diferite tipuri de măsurători (inclusiv volumetrice) şi rotire etc., cu posibilitatea salvării modificărilor aduse imaginilor prin salvarea stărilor de prezentare şi a capturilor de imagine sau prin exportul imaginilor în format JPEG/HTML/DICOM/DICOMDIR.

Stațiile de vizualizare sunt asemănătoare stațiilor de diagnosticare, oferind multiple posibilități de lucru cu imaginile, însă nu includ toate posibilitățile stațiilor de diagnosticare. Aceste aplicații sunt utile în celelalte secții ale spitalului.

În cazul generării de imagini radiologice digitale (format DICOM) de la diverse aparate radiologice, acestea vor fi asociate foii de observație şi istoricului medical al pacientului, existând posibilitatea vizualizării lor oricând este cazul, de pe orice stație de lucru din sistem.

Toate examinările şi imaginile radiologice pot fi arhivate pe termen lung, precum şi inscripționate pe CD/DVD.

30.7.2. PREZENTAREA FLUXULUI DE LUCRU

Prezentarea fluxului de lucru pentru diagnosticarea unui caz într-o secție de radiologie va trebui să urmărească toți paşii, de la venirea pacientului în spital pană la încheierea acestui caz. Este prezent un posibil flux de lucru, alte alternative fiind posibile în funcție de configurări şi implementare (*figura 79*).

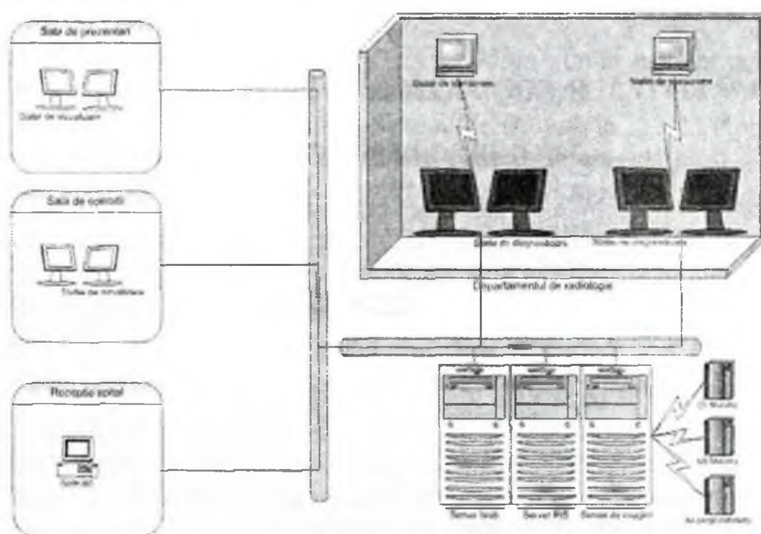


Figura 79. **Prezentarea fluxului informațional în cadrul unui sistem de tip PACS**

Atunci când pacientului aflat într-un spital i se va face o examinare radiologică prin una dintre modalitățile disponibile în spital, imaginile generate la modalitate vor fi trimise la Serverul de Imagini. Imaginile generate vor forma un studiu şi vor fi stocate în formatul DICOM, „nealterate", în aceeaşi formă, în care au venit. Doar numai studiile recente sau cele recent analizate vor fi stocate astfel încât să fie uşor accesibile. Restul studiilor se vor stoca într-o arhivă pe termen lung.

Imaginile stocate pot fi accesate de la orice nod al rețelei PACS, ținându-se cont de configurările rețelei PACS. Imaginile DICOM pot fi accesate de medicii din secțiile de radiologie şi imagistică în orice moment, cu condiția ca politicile de securitate stabilite în faza de configurare să permită acest lucru.

Se pot folosi reguli de auto-rutare (stabilite în faza de configurare), studiile pot fi trimise direct la o anume stație de diagnosticare, unde radiologii cu drepturi de vizualizare pot diagnostica cazul (*figura 80*).

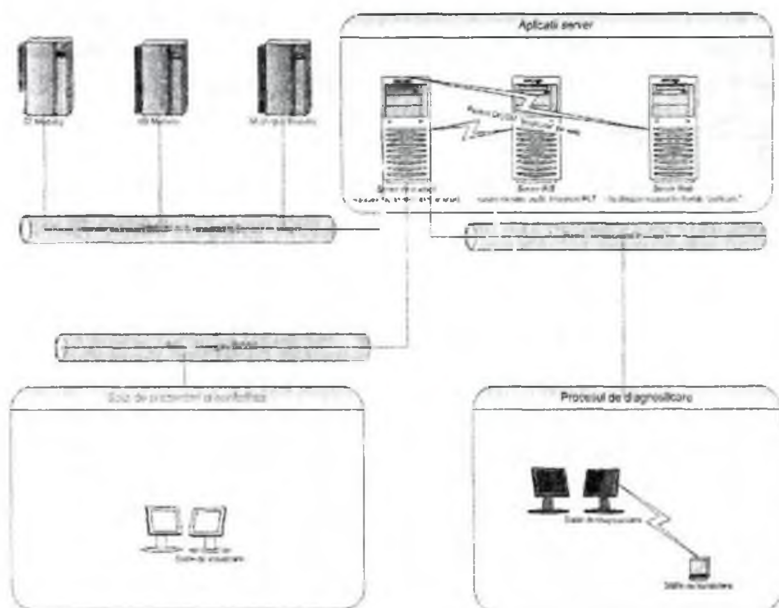


Figura 80. **Procesul de diagnosticare**

30.8. MEDICINA DE URGENȚĂ

Această secțiune a sistemului informațional este destinată gestionării, planificării şi optimizării proceselor desfăşurate în cadrul Stațiilor de Asistență Medicală Urgentă ale Republicii Moldova. Ea permite o mai bună gestionare a apelurilor la numărul de telefon unic „903" şi o coordonare optimizată între dispecerate, echipajele de pe ambulanțe, punctele de asistență medicală de urgență şi spitalele de serviciu, la care vor ajunge respectivele cazuri.

În primul rând, dispeceratele dispun de posibilitatea accesării rapide a informațiilor privind echipajele de ambulanță disponibile şi medicii calificați pentru fiecare

caz în parte. La nivelul dispeceratelor, e foarte necesară posibilitatea de accesare şi consultare a datelor critice ale pacienţilor cu urgenţe (grupa sangvină, alergii. boli cronice etc.), în special în cazul bolnavilor cronici.

Echipajele de pe ambulanţe vor putea gestiona fişele specifice:

- fişa de solicitare a asistenţei medicale de urgenţă;
- foaia de însoţire a fişei de solicitare a asistenţei medicale de urgenţă.

Este puţin probabil că va fi eficient ca echipajele ambulanţelor să fie dotate cu dispozitive mobile (gen laptop sau Tablet PC) pentru gestionarea electronică a acestor fişe, datorită gradului de urgenţă implicat şi a timpului scurt disponibil, dar, odată cazurile rezolvate, informaţiile vor fi completate în sistemul informatic.

De asemenea, este necesară gestionarea medicamentelor şi a materialelor sanitare la nivelul fiecărei staţii de asistentă medicală de urgentă, respectiv ambulanţe.

Acest sistem informatic trebuie să dispună de o serie de rapoarte specifice activităţii de asistenţă medicală de urgenţă, care vor fi necesare atât pentru uzul intern al unităţii sau al reţelei de asistenţă medicală de urgenţă, cât şi pentru raportările către forurile superioare: registrul de evidenţă a solicitărilor asistenţei medicale de urgenţă, registrul de evidenţă a activităţii Staţiei de Asistenţă Medicală Urgentă, dările de seamă privind activităţile staţiilor de asistenţă medicală urgentă şi a indicatorilor statistici etc.

Sistemul informaţional permite astfel luarea deciziilor optime pentru rezolvarea cazurilor de urgenţă, prin punerea la dispoziţie de către toţi actorii implicaţi a informaţiilor vitale pentru tratarea cazurilor.

30.9. MEDICINA PREVENTIVĂ

30.9.1. DESCRIERE GENERALĂ

Reţeaua naţională de supraveghere şi control a bolilor transmisibile din cadrul Serviciul Sanitar Epidemiologic de Stat al Republicii Moldova cuprinde totalitatea structurilor medicale, care participă la colectarea sistematică şi continuă, analiza, interpretarea şi diseminarea datelor privind bolile transmisibile.

Această reţea efectuează studii epidemiologice pentru cunoaşterea evoluţiei şi răspândirii bolilor transmisibile în timp şi spaţiu şi analizează factorii de risc, în scopul elaborării măsurilor de prevenire, supraveghere şi control adecvate.

Pentru îndeplinirea acestor obiective reţeaua naţională de supraveghere şi control a bolilor transmisibile trebuie să se bazeze pe un sistem informaţional eficient. Este necesar ca informaţia să circule în sistem conform cu circuitele stabilite prin acte normative.

Sistemul informaţional din cadrul reţelei de supraveghere a bolilor transmisibile trebuie să îi ajute pe cei implicaţi, de la toate nivelurile, să îşi desfăşoare activităţile specifice.

Modalitatea de raportare a bolilor transmisibile va fi definită şi detaliată pentru fiecare boală, în sensul că procedurile de raportare vor fi documentate.

Procedurile de raportare implică operaţii asupra diverselor formulare de tip fişă de declarare, suspiciune de caz, fişă de anchetă etc. Aceste formulare, ca şi fluxul de raportare, sunt specifice fiecărei boli cu raportare nominală sau numerică.

Sistemul informațional trebuie să permită utilizatorilor să execute aceste proceduri de raportare în interiorul aplicației.

Domeniul sistemului informațional pentru medicina preventivă este raportarea și supravegherea bolilor transmisibile în cadrul rețelei naționale de epidemiologie și reprezintă o aplicație distribuită, prin care se poate realiza raportarea tuturor bolilor transmisibile, el intră în aria de interes a Serviciului Sanitar Epidemiologic de Stat (SSES) al Republicii Moldova.

Astfel:

- Sistemul informațional trebuie să automatizeze mecanismul de raportare specific pentru fiecare boală transmisibilă în parte.
- Sistemul informațional va genera rapoarte cu date agregate după diverse criterii pentru fiecare boală transmisibilă în parte.
- Utilizarea sistemului informațional nu trebuie să fie condiționată de existența în prealabil a unor cunoștințe detaliate despre procedurile de raportare.

Din punct de vedere funcțional, un astfel de sistem trebuie sa conțină următoarele module si funcționalități descrise la fiecare dintre ele:

Modulul Culegerea datelor

Modulul de culegere a datelor trebuie sa permită inițierea și urmărirea procedurilor de raportare pentru o boală transmisibilă raportată nominal sau inițierea unei proceduri de raportare numerică de către un utilizator al sistemului. Modulul trebuie să urmărească, pentru fiecare boală transmisibilă raportată nominal sau numeric, procedurile specifice de raportare. Modulul trebuie să permită completarea de către utilizatori a formularelor de raportare. Formularele de raportare vor fi complexe ca și variabilitate a conținutului și vor fi supuse mai multe reguli de completare. Sistemul informațional va trebui să garanteze respectarea regulilor de completare.

Modulul Regăsirea informațiilor

Modulul trebuie să permită tuturor utilizatorilor regăsirea datelor de raportare, separat pe procedurile de raportare numerică și nominală. Sistemul informațional va trebui să permită definirea mai multor seturi de criterii de căutare a raportărilor / cazurilor.

Modulul Agregarea datelor și Raportare

Modulul trebuie să asigure facilitățile de raportare ale soluției informatice. Modulul trebuie sa aibă capacitatea de a genera rapoarte prin agregarea datelor de la orice nivel, prin prezentarea lor atât tabelară, cât și grafică.

30.9.2. ALTE FUNCȚIONALITĂȚI

- Sistemul informațional trebuie să asigure autentificarea utilizatorilor.
- Sistemul informațional trebuie să asigure ușurința în utilizare a sistemului.
- Sistemul informațional trebuie sa aibă capacitatea de a tipări formulare de raportare a bolilor transmisibile.
- Sistemul informațional trebuie să dea posibilitatea vizualizării grupate a tuturor fișelor asociate unui caz, în funcție de drepturile utilizatorului.
- Soluția informațională va fi însoțită de un sistem de help, care va asista utilizatorii prin explicarea facilităților, pe care le oferă.
- Sistemul va prezenta o interfață utilizator unitară și intuitivă.

30.9.3. CERINȚE FUNCȚIONALE DE FLEXIBILITATE ALE APLICAȚIEI

Cerințele funcționale de flexibilitate se datorează identificării mai multor vectori de variabilitate în cadrul domeniului aplicației (sistemul de raportare și urmărire a bolilor transmisibile).

Acești vectori de variabilitate reprezintă „direcții", după care vor varia, în timp, detaliile specifice, care definesc modul cum se face raportarea pentru o anumită boală transmisibilă.

Modificarea în timp a specificațiilor de raportare este un proces normal, care are drept cauze:

- evoluția procesului de reglementare la nivel național;
- necesitatea adoptării unor măsuri datorate unor reglementări la nivel european sau internațional;
- dinamica domeniului medical, în general;
- necesitatea de a răspunde unor situații epidemiologice particulare la nivel național.

Soluția informatică trebuie sa se poată adapta ușor la modificări ale specificațiilor funcționale, de genul:

- Apariția de noi boli transmisibile, a căror raportare trebuie inclusă în sistemul informațional;
- Modificări asupra fișelor de raportare pentru o anumită boală transmisibilă.
- Modificarea circuitului fișelor și a regulilor de completare aferente.

30.10. COMPONENTA COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

Sistemul implementat în cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și la nivelul Agențiilor Teritoriale are rolul de a gestiona fluxurile informaționale și economico-financiare în legătură cu furnizorii de servicii medicale, cu care se află în relații contractuale, precum și monitorizarea activității acestora. El are ca scop:

- Gestionarea fluxului de date în mod unitar.
- Administrarea optimă a resurselor tehnice, financiare și informaționale.
- Managementul operațional eficient.
- Asigurarea controlului calității serviciilor medicale și farmaceutice.
- Suportul informațional corect și complet necesar factorilor de decizie.
- Raționalizarea costurilor din sistemul de sănătate.

Sistemul implementat asigură următoarele elemente:

- Acces rapid la informațiile existente în sistem.
- Interfața utilizator intuitivă, ușor de folosit.
- Modalitate de operare similară pentru toate modulele sistemului.
- Restricționarea accesului utilizatorilor la anumite proceduri/fluxuri.
- Asigurarea protecției și confidențialității datelor.
- Sistem de prevenire a introducerii datelor eronate din punct de vedere logic.
- Salvarea modificărilor efectuate sau renunțarea la modificările efectuate, indiferent de tipul de document accesat.

- Sistemul va permite accesul la informaţiile şi funcţionalităţi implementate în urma autentificării utilizatorului printr-o parolă. Parola poate fi modificată de utilizator oricând doreşte.
- Utilizarea codurilor şi nomenclatoarelor naţionale pentru înregistrarea activităţilor.
- Bază de date centralizată la Compania Naţională de Asigurări în Medicină.
- Interconectare între agenţiile teritoriale şi sediul Companiei Naţionale (VPN).
- Sistemele informaţionale de la agenţiile teritoriale vor trimite date către Compania Naţională în vederea centralizării. Procesul se realizează fie automat (via VPN/Internet), fie manual (mediul de stocare cu datele este dus la Compania Naţională).

Aspecte legate de implementarea, întreţinerea şi actualizarea sistemului

Arhitectura sistemului permite lucrul în reţea – cerinţă impusă de faptul că mai mulţi utilizatori se vor conecta la aceeaşi bază de date.

Pentru a asigura actualizarea sistemului în funcţie de modificările impuse de eventuale reglementări viitoare, este necesară existenţa unui modul de actualizare automată a sistemului. Sistemul funcţionează în cadrul reţelei interne a Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină şi în cadrul reţelei fiecărei Agenţii Teritoriale.

Sistemul implementat va asigura arhivarea datelor pe o perioadă mai mare de timp.

30.11. COMPONENTA DESTINATĂ CONSUMATORILOR DE INFORMAŢIE

Fluxuri de informaţii în mediul statistic

Fluxul informaţiilor privind centralizarea datelor statistice se realizează în două moduri:

- **fluxul regulat**, corespunzător rapoartelor periodice;
- **fluxul neregulat**, corespunzător cererilor spontane ale forurilor superioare.

Fluxul regulat este controlat prin metode de optimizare şi de calcul, începând cu cel mai coborât nivel de stocare a informaţiei disponibil fără a împiedica alte proceduri statistice să îşi desfăşoare cursul şi fără pierderea datelor brute în favoarea unei forme caracteristice unui tip singular de raport.

Fluxul neregulat se referă la rapoartele şi situaţiile statistice cerute în mod spontan de forurile superioare, fără a putea fi precalculate sau prevăzute.

Modalitatea de colectare a informaţiilor statistice

Informaţiile statistice colectate în mod automat reprezintă datele statistice, care se cer sau urmează a fi cerute la intervale de timp cunoscute, eventual precalculate.

Informaţiile statistice, care trebuie colectate la cerere necesită un timp mai mare de răspuns, însumând aici timpii de colectare a datelor şi procesarea lor în vederea obţinerii vizualizării statistice.

Datele statistice colectate de la nivel local sunt transportate direct într-un server central. Rapoartele statistice necesare a fi elaborate la nivel raional (la un nivel

intermediar între nivelul regional şi nivelul central) sunt extrase din serverul central, având astfel la dispoziţie un proces unitar de validare a datelor statistice.

Modalitatea de calcul statistic

Calculul statistic în cazul fluxurilor regulate este preconfigurat la toate nivelurile de stocare a datelor. Astfel, se elimină transferul unor cantităţi masive de date neprelucrate, reducându-se la un volum relativ mic de informaţii ce urmează a fi transportate şi prelucrate la nivel central.

Acest lucru se realizează cu ajutorul unui generator de rapoarte, care se poate conecta la baza de date centrală şi poate fabrica o vizualizare a unui set de date brute într-un format statistic, bazat pe un set de parametri configurabil în cazul fiecărui tip de raport.

Datele şi rapoartele statistice vor fi disponibile, astfel, în două moduri: un tip de date agregate, corespunzătoare informaţiilor, care sunt prezente în serverul central, a căror validare şi verificare a integrităţii a fost realizată deja; un tip de date colectate la cerere din serverele locale.

Calculul indicatorilor cu destinaţia publicării în ghidul statistic medical anual este realizat pe baza fluxurilor şi rapoartelor regulate, antecalculate şi validate.

Interfaţa cu alte sisteme de gestiune a datelor statistice este realizată la nivel de procesare a rapoartelor regulate, stocarea şi transportul efectuându-se într-un format intern, optimizat pentru aceste operaţii specifice.

Suportul decizional

Atât rapoartele statistice, cât şi alte vizualizări ale datelor într-un format statistic formează baza pentru reprezentările la nivelul decizional al forurilor tutelare ale sistemului. Reprezentarea datelor într-o vizualizare conceptuală adecvată pentru suportul decizional este realizată la nivel de procesare a informaţiilor, stocarea şi transportul efectuându-se într-un format intern, optimizat pentru aceste operaţii specifice.

30.12. SERVICII STATISTICE

Serviciile de statistică sunt entităţi logice, care se ocupă atât cu calculul şi prezentarea rapoartelor statistice către forurile superioare ale sistemului, cât şi cu efectuarea de analize şi prezentarea lor în cadrul unei unităţi medicale singulare. Prin urmare, aceste rapoarte statistice sunt disponibile, în forme diferite, către toţi actorii din sistemul medical:

- Ministerul Sănătăţii – departamentul de statistică;
- rapoarte financiare, situaţii statistice privind asiguraţii către Compania Naţională de Asigurări în Medicină;
- rapoarte de statistică medicală către departamentul de statistică al Spitalului Raional;
- rapoarte privind mortalitatea şi natalitatea către Ministerul Dezvoltării Informaţionale;
- rapoarte şi analize de statistică medicală disponibile în mod public, popularizate prin intermediul unui *site web.*

Ministerul Sănătăţii va avea la dispoziţie trei moduri de acces la datele şi rapoartele statistice:

- **modul imediat** se referă la crearea unei situații statistice detaliate pe anumite criterii sau centralizate, în scopul prezentării sau analizei, direct din datele primare stocate în serverul central;
- **modul optimizat** – analizarea datelor statistice de nivel raional, antecalculate şi validate de către Departamentele Statistice Raionale;
- **modul centralizat** – crearea rapoartelor statistice şi calcularea indicilor statistici pe baza datelor statistice oferite de instituții medicale aflate în subordine.

Aceste trei moduri de acces asigură deplina flexibilitate a sistemului, chiar şi în cazul, de exemplu, a unei schimbări legislative sau de structură majore. Astfel, printr-o operație relativ simplă de validare a datelor prin confruntarea indicilor rezultați prin oricare două moduri de interogare poate rezolva sarcina complexă a unei validări la nivel statistic.

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină va avea la dispoziție date medicale stocate într-un server central, date care sunt folosite la formularea diferitor analize statistice şi de calcul al indicilor statistici. Aceste date statistice sunt depuse într-un server de stocare propriu, la care au acces diferite instituții medicale şi guvernamentale, acces regularizat prin mecanisme de autentificare, modulate după legislația în vigoare.

Departamentul statistic din Spitalul Raional realizează analiza statistică a indicatorilor de sănătate şi alte rapoarte statistice medicale prin interogarea datelor stocate la nivel central, pentru asigurarea atât a validității lor, cât şi a integrării cu alte rapoarte statistice raionale paralele. Importanța agregării datelor este astfel asigurată nu numai prin procedurile normalizate de calcul al rapoartelor statistice, cât şi printr-un format comun al datelor primare oferite spre analiză.

Serverul de statistică are rolul de a genera automat anumite rapoarte statistice, cunoscute ca structură şi termen de predare. În plus, la cererea expresă a unui Workstation din cadrul departamentului de statistică, serverul este responsabil pentru colectarea datelor brute în vederea realizării unui raport statistic, care nu este cunoscut în sistem.

30.13. ECHIPAMENTE HARDWARE ŞI SISTEME DE COMUNICAȚIE

Infrastructura necesară funcționării unui sistem informațional are următoarele componente:

- Servere;
- Stații de lucru şi periferice;
- LAN (Local area network) – rețea locală;
- WAN (Wide area network) – rețea de interconectare a rețelelor locale într-o rețea la nivel național.

Serverele asigură o diversitate de servicii, dintre care le vom indica pe cele specifice aplicațiilor.

Rețelele locale (LAN)

Se recomandă ca rețeaua locală să fie realizată în tehnologie Ethernet, cu o tipologie tip stea, bazată pe folosirea elementelor active de tip *switch* cu management şi să suporte viteze de 1000/100/10 Mbps.

Cablarea interioară se realizează cu cabluri UTP, lungimea traseelor cărora nu trebuie să depăşească 90 m (rezerva de 10 m până la 100 m cât prevede standardul se va folosi pentru conexiuni).

Pentru a acoperi lungimi mai mari (până la 30 Km) se poate utiliza fibra optică (multimode sau single mode – în funcție de distanța ce urmează a fi acoperită).

Se vor evita traseele de paralelism cu cablurile de „curenți tari" (peste 50 V), precum si traseele de alimentare a lămpilor fluorescente.

Tot ansamblul terminal de conexiuni si echipamente active se protejează într-o incintă metalică închisă, prevăzută cu geam.

Rețeaua Națională (WAN)

Conexiunile între rețelele LAN se vor face folosind infrastructura existentă în Republica Moldova, prin contractarea cu furnizorii locali-regionali de servicii de comunicație de date şi Internet. ISP (Internet Service Provider) va asigura atât conectarea fizică, cât şi conectarea virtuală dintre LAN-uri.

Conectarea virtuală înseamnă realizarea de conexiuni criptate de date între rețelele locale.

Se recomandă conectarea prin FO şi realizarea de conexiuni de backup pe mediu diferit (de exemplu, conexiuni radio, ADSL sau derivat).

30.14. CONDIȚIILE DE MEDIU SI SPECIFICAȚIILE ELECTRICE

Pentru o bună şi sigură funcționare a echipamentelor de calcul, beneficiarul trebuie să asigure următoarele condiții:

– suprafața camerei de lucru să aibă peste de 3 m^2 pentru un loc de lucru;

– amplasarea posturilor de lucru să NU fie în apropierea geamului sau expusă direct razelor solare şi se face la o distanță de minimum 30 cm de la pereții laterali, asigurând cel puțin două laturi pentru vizitare;

– se evită amplasarea direct pe podea a echipamentelor, se recomandă folosirea de postamente mobile sau fixe cu garda la sol mai mare de 10 cm;

– spațiile de funcționare vor fi prevăzute cu elemente de securitate fizică (uşi care se încuie, geamurile uşor accesibile vor fi prevăzute cu protecție la efracție, control acces etc.);

– se va evita folosirea camerelor, care sunt traversate de țevi de apă, canalizare, circuite electrice de forță etc., iar zonele in care se amplasează tehnică de calcul se vor asigura cu podele antistatice;

– tensiunea de alimentare cu energie electrică trebuie să aibă 220 V a.c. cu variații de max. +/-10% şi toate prizele electrice trebuie să fie cu împământare separată de împământarea altor consumatori.;

– serverele/Stațiile de lucru, trebuie protejate la căderea/fluctuațiile tensiunii electrice prin folosirea de surse neîntreruptibile de tensiune (UPS), iar cablurile de legătură cu UPS-ul NU trebuie să depăşească 10 m lungime;

– fiecare post de lucru trebuie să dispună de cel puțin 2 prize cu împământare, iar pentru cazul în care sunt ataşate şi periferice (imprimante, scanere etc.), corespunzător mai multe. Consumul de energie constituie în medie 80-250 W/mo-

nitor, 550-1000W/Server, 200-500 W/stație de lucru, 350-1000 W/LaserPrint, 40-700 W/DeskJet Printers.

Condițiile optime de funcționare sunt întrunite în cazul folosirii aparatelor de aer condiționat având temperatura setată pe 18-22 grad Celsius.

Folosirea aerului condiționat este obligatorie în spațiile în care sunt amplasate serverele.

30.15. CADRUL JURIDIC

Elaborarea sistemului informatic integrat este reglementată de următoare acte juridice:

- Ordinul MS Nr.139 din 28.05.02 (privind documentația primară aprobată pentru instituțiile medico-sanitare);
- Ordinul MS Nr. 228 din 25.07.2005 (privind documentația statistică rezultantă aprobată pentru instituțiile medico-sanitare);
- Ordinul MS Nr. 389/204-A din 27.12.2004 (privind documentația primară și rapoartele aprobate pentru asigurarea medicală obligatorie);
- Ordinul Biroului Național de Statistică Nr. 88 din 23 04.05(privind rapoartele statistice generale);
- Conceptul Sistemului Informațional Medical Integrat aprobat de Guvernul Republicii Moldova la 14 octombrie 2004.

Este necesar de a menționa faptul că ordinele sus-menționate stipulează documentația primară și statistică pentru mediul necomputerizat. În viitorul apropiat se preconizează ajustarea majoră a acestor norme juridice în vederea aplicării tuturor posibilităților de computerizare a instituțiilor medico-sanitare. Implementarea la nivel pilot a Sistemului Informațional Integrat va exercita un impact, prezentând un stimul major pentru dezvoltarea activității în această direcție.

ŞTIINŢA MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

31.1. ASPECTE ISTORICE GENERALE

Ştiinţa medicală în Republica Moldova a evoluat paralel cu celelalte discipline ştiinţifice. Constituirea sectorului academic al ştiinţei din republică a fost iniţiată imediat după cel de-al doilea Război Mondial. În temeiul deciziei din 11 martie 1946 a Guvernului URSS de a organiza la Chişinău Baza de cercetări ştiinţifice a Academiei de Ştiinţe (AŞ) a URSS, la 12 iunie 1946 Consiliul de Miniştri al RSSM şi Biroul Comitetului Central al Partidului Comunist din Moldova adoptă Hotărârea nr. 583 „Cu privire la crearea Bazei Moldoveneşti de cercetări ştiinţifice a Academiei de Ştiinţe a URSS în or. Chişinău". La 29 iunie Prezidiul AŞ a URSS a examinat şi a aprobat structura Bazei, direcţiile principale de cercetare şi organele de conducere. Ulterior, în anul 1949, Baza a fost transformată în Filiala Moldovenească a Academiei de Ştiinţe a URSS.

În anii care au urmat după formarea Bazei Moldoveneşti au fost realizate o serie de măsuri privind crearea şi consolidarea bazei tehnico-materiale, organizarea instituţiilor de cercetare, pregătirea cadrelor ştiinţifice, identificarea direcţiilor principale de cercetări, perfecţionarea modului de organizare a investigaţiilor ştiinţifice. Dezvoltarea şi aprofundarea cercetărilor ştiinţifice erau însoţite de perfecţionarea structurii organizatorice a Filialei Moldoveneşti, care către anul 1960 a devenit un important centru ştiinţific al republicii, în cadrul căruia funcţionau 9 institute, Gradina Botanică şi alte instituţii autonome, activau circa 900 de persoane, dintre care peste 250 de cercetători ştiinţifici, inclusiv 20 de doctori habilitaţi si 110 doctori în ştiinţe.

La 26 iulie 1960 Guvernul URSS a adoptat Hotărârea „Cu privire la crearea Academiei de Ştiinţe a RSS Moldoveneşti" în baza instituţiilor ştiinţifice ale Filialei Moldoveneşti a Academiei de Ştiinţe a URSS. O hotărâre similară, la 29 noiembrie 1960, a adoptat şi CC al PC din Moldova, Prezidiul Sovietului Suprem al RSS Moldoveneşti şi Consiliul de Miniştri al RSS Moldoveneşti.

Actul inaugural de constituire şi de deschidere a Academiei de Ştiinţe a RSS Moldoveneşti a avut loc la 2 august 1961. Din momentul fondării până la declararea independentei Republicii Moldova (27 august 1991) Academia de Ştiinţe era parte integră a sistemului academic sovietic, aflându-se în subordonarea atât a Prezidiului Academiei de Ştiinţe a URSS, cât şi cea a Consiliului de Miniştri al RSS Moldoveneşti.

Perioada anilor 1961-1990 a fost marcată de o creştere continuă a rolului instituţiilor academice în ridicarea nivelului şi competitivităţii cercetărilor ştiinţifice, consolidarea semnificativă a potenţialului ştiinţific uman şi a bazei tehnico-ştiinţi-

fice şi experimentale, pregătirea cadrelor ştiinţifice de înaltă calificare, crearea în multe domenii ale ştiinţei a şcolilor ştiinţifice prestigioase autohtone, recunoscute şi apreciate în ţară şi peste hotare.

Către finele anilor '80 Academia de Ştiinţe a devenit principalul centru ştiinţific al Moldovei. În cadrul ei funcţionau 31 de organizaţii ştiinţifice, ştiinţifico-experimentale şi de deservire a ştiinţei, dintre care 21 de institute şi instituţii de cercetare. Efectivul Academiei constituia peste 5 300 de lucratori, dintre care 1 312 cercetători ştiinţifici, inclusiv 125 de doctori habilitaţi şi 824 de doctori în ştiinţe.

O etapă principial nouă în dezvoltarea Academiei de Ştiinţe, constituie perioada, care a urmat după proclamarea suveranităţii (23 iunie 1990) şi a independentei (27 august 1991) RM, datorită cărora AŞM a devenit un veritabil for ştiinţific republican, o instituţie naţională de cercetare, cu o autonomie adecvată pentru soluţionarea problemelor sale interne. Această perioadă s-a marcat prin constituirea şi dezvoltarea cadrului normativ al sferei de cercetări-dezvoltare al Academiei de Ştiinţe, modificarea şi perfecţionarea sistemului organizatorico-instituţional de gestionare a ştiinţei şi activităţii de cercetare-dezvoltare. Au fost formate Secţiile de Ştiinţe Agricole, Medicale şi Tehnice, create institute de cercetare noi, prin reorganizarea unei serii de secţii de cercetare cu statut autonom. Au fost afirmate şi promovate principiile democratice privind organizarea şi gestionarea activităţii de cercetare-dezvoltare, fiind acordată institutelor autonomie în stabilirea structurii şi a mecanismelor de funcţionare, alegerea metodelor şi mijloacelor de activitate. S-au extins posibilităţile integrării în comunitatea ştiinţifică europeană şi mondială.

În pofida crizei social-economice cu consecinţele care s-a confruntat comunitatea academică, în ultimul deceniu s-a semnalat o creştere semnificativă a eficienţei activităţii ştiinţifice, exprimată prin sporirea numărului de publicaţii ştiinţifice, inclusiv peste hotare. Elaborările ştiinţifico-tehnologice, prezentate la diverse expoziţii naţionale şi internaţionale, au fost menţionate cu diferite distincţii prestigioase. Acest fapt s-a datorat în mare măsură fenomenului numit „efectul inerţiei" (utilizarea informaţiei ştiinţifice şi ştiinţifico-experimentale acumulate anterior) şi, în primul rând, extinderii şi consolidării relaţiilor ştiinţifice internaţionale.

Anul 2004, an în care a fost adoptat „*Codul cu privire la ştiinţă şi inovare*", a reprezentat un an de cotitură în dezvoltarea Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Odată cu adoptarea acestui Cod s-a modificat esenţial paradigma funcţională şi instituţională a Academiei de Ştiinţe prin delegarea către aceasta a competenţelor Guvernului în vederea realizării politicii de stat în sfera ştiinţei şi inovării şi a rolului de coodonator în promovarea inovaţiilor şi transferului tehnologic, atribuirea statutului de instituţie publică de interes naţional în sfera ştiinţei şi inovării, diversificarea statutului organizaţiilor din sfera ştiinţei şi inovării ca membri ai AŞM, atragerea mai larga a comunităţii ştiinţifice în activităţile de organizare şi dirijare a ştiinţei din ţară, păstrarea şi promovarea libertăţilor academice. Graţie eforturilor importante ale conducerii Academiei de Ştiinţe, înţelegerii şi susţinerii din partea conducerii de vârf a Republicii Moldova, a sporit substanţial finanţarea de la bugetul de stat a sferei ştiinţei şi inovării, ceea ce a creat premise reale pentru renovarea bazei tehnico-materiale şi experimentale, reutilarea laboratoarelor cu echipament ştiinţific modern, mobilizarea activităţilor de inovare şi transfer tehnologic, îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi de retribuire a muncii cercetătorilor ştiinţifici.

31.2. ORGANELE DE CONDUCERE ALE ŞTIINŢEI ŞI DIRECŢIILE DE CERCETARE

Actualmente, organul suprem de conducere al Academiei de Ştiinţe este Asambleea Academiei de Ştiinţe, constituită din membrii titulari (academicieni), membrii corespondenţi şi din 78 de doctori habilitaţi, aleşi pe o perioadă de 4 ani, de adunările doctorilor habilitaţi şi doctorilor în ştiinţe ale Secţiilor de Ştiinţe.

Organul executiv al Asambleei este Consiliul Suprem pentru Ştiinţă şi Dezvoltare Tehnologică constituit din 17 persoane: preşedintele, prim-vicepresedintele, vicepresedinţii şi secretarul ştiinţific general ai Academiei de Ştiinţe, coordonatorii Secţiilor de Ştiinţe şi 6 reprezentanţi ai comunităţii ştiinţifice, inclusiv ai instituţiilor de învăţământ superior şi Agenţiei de Stat pentru Proprietate Intelectuală, aleşi de Asamblee pe un termen de 4 ani.

Adunarea generală a membrilor titulari şi membrilor corespondenţi reprezintă forul superior al corpului academic (membrilor titulari, membrilor corespondenţi şi membrilor de onoare), compus din cei mai marcanţi reprezentanţi ai ştiinţei academice, universitare şi de ramură.

In cadrul AŞM îşi desfăşoară activitatea 6 Secţii de Ştiinţe: Economice şi Matematice; Biologice, Chimice şi Ecologice; Fizice şi Inginereşti; Medicale; Agricole; Umanistice şi Arte, reunind în componenţa lor membrii titulari, membrii corespondenţi, membrii de onoare, cercetătorii ştiinţifici, precum şi instituţiile din sfera ştiinţei şi inovării cu statut de membru instituţional, membru de profil şi membru afiliat, care activează în domeniile respective ale sferei ştiinţei şi inovării.

În componenţa AŞM funcţionează, de asemenea, Centrul de instruire universitară, postuniversitară şi perfecţionare, Centrul Proiecte Internaţionale, Centrul Resurse şi Reţele Informaţionale, Centrul de Metrologie şi Automatizare a Cercetărilor Ştiinţifice, Agenţia pentru inovare şi transfer tehnologic, Fondul naţional pentru susţinerea ştiinţei, Consiliul Consultativ de Expertiză, Biblioteca Ştiinţifică Centrală, Arhiva Ştiinţifică Centrală, Întreprinderea Editorial-Poligrafică „Ştiinţa", Întreprinderea „Tipografia" a AŞM, întreprinderi experimentale şi alte structuri ştiinţifico-tehnologice şi de asigurare a activităţii Academiei de Ştiinţe. Prin intermediul Secţiilor de Ştiinţe, AŞM participă la coordonarea ştiinţifico-metodică a activităţii organizaţiilor din sfera ştiinţei şi inovării, subordonate autorităţilor administraţiei publice centrale.

Direcţiile principale ale activităţii Academiei de Ştiinţe în calitate de instituţie publică de interes naţional în sfera ştiinţei şi inovării cuprind:

– elaborarea şi promovarea strategiei dezvoltării sferei ştiinţei şi inovării, realizarea politicii de stat şi desfăşurarea activităţii conceptuale în sfera ştiinţei şi inovării;

– identificarea direcţiilor strategice de dezvoltare a sferei ştiinţei şi inovării;

– organizarea şi realizarea cercetărilor ştiinţifice fundamentale şi aplicate, elaborarea tehnologiilor avansate şi a tehnicilor noi;

– organizarea elaborării concepţiilor, programelor şi proiectelor de stat, programelor ştiinţifice şi tehnico-ştiinţifice internaţionale şi a mecanismelor de realizare a acestora, precum şi a celor de stimulare a implementării rezultatelor cercetărilor ştiinţifice în economia naţională;

– organizarea activităţii de elaborare a sintezelor privind tendinţele dezvoltării social-economice, tehnologice şi umane ale ţarii, precum şi a prognosticurilor dezvoltării sferei ştiinţei şi inovării;

– distribuirea alocaţiilor bugetare conform direcţiilor strategice ale sferei ştiinţei şi inovării;

– pregătirea cadrelor ştiinţifice de înaltă calificare, susţinerea şi promovarea şcolilor ştiinţifice autohtone, valorilor ştiinţifice şi culturale naţionale şi mondiale;

– susţinerea şi promovarea relaţiilor de colaborare ştiinţifică pe plan intern şi extern, acţiunilor de cooperare şi integrare în spaţiul ştiinţific european şi mondial.

Intru îndeplinirea obiectivelor fundamentale ale Academiei de Ştiinţe instituţiile de cercetare-dezvoltare îşi desfăşoară activitatea spre atingerea rezultatelor scontate ce decurg din direcţiile strategice ale dezvoltării sferei ştiinţei şi inovării în anii 2005-2010:

– edificarea statului de drept şi punerea în valoare a patrimoniului cultural şi istoric al Moldovei în contextul integrării europene;

– valorificarea resurselor umane, naturale şi informaţionale pentru dezvoltarea durabilă;

– biomedicina, farmaceutica, menţinerea şi fortificarea sănătăţii;

– biotehnologii agricole, fertilitatea solului şi securitatea alimentară;

– nanotehnologii, inginerie industrială, produse şi materiale noi;

– eficientizarea complexului energetic şi asigurarea securităţii energetice, inclusiv prin folosirea resurselor regenerabile.

31.3. CERCETĂRI FUNDAMENTALE ŞI APLICATIVE

Cercetările fundamentale şi aplicative se efectuează în astfel de domenii ale ştiinţei ca: matematica şi informatica, fizica teoretică, fizica corpului solid, micro - şi optoelectronica, procese de transfer în câmpuri magnetice, procese geofizice şi geologice, procese fizice şi tehnice în energetică, chimia compuşilor coordinativi, chimia bioanorganică, chimia analitică şi ecologică, chimia bioorganică, chimia teoretică, fiziologia şi biochimia, zoologia, microbiologia, botanica, geografia, ecologia, renovarea şi utilizarea raţională a florei şi faunei, fiziologia stresului, sanocreatologia, genetica, medicina, istoria, lingvistica şi literatura, filozofia, sociologia, economia, politologia, dreptul, arheologia, etnografia, arta etc.

Activitatea ştiinţifică medicală se desfăşoară în următoarele instituţii: Institutul de Cardiologie, Institutul Oncologic, Institutul de Cercetări Ştiinţifice în domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului, Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc", Institutul de Neurologie şi Neurochirurgie, Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, Centrul de Chirurgie a Inimii, Centrul Naţional de Sănătate a Reproducerii şi Genetică Medicală, Centrul Ştiinţifico-Practic Sănătate Publică şi Management Sanitar, Secţia de Ştiinţe Medicale a AŞM.

Un prestigios centru ştiinţific, didactic şi medical este USMF „Nicolae Testemiţanu", care dispune de un potenţial ştiinţifico-didactic calificat, capabil să rezolve cele mai importante probleme din toate domeniile medicinei practice şi teoretice. Dacă la fondarea universităţii în ea activau doar 134 de profesori, inclusiv 19 doctori şi 15 doctori habilitaţi, apoi astăzi potenţialul didactico-ştiinţific constituie

1 070 de persoane, inclusiv 525 de doctori în științe medicale, 146 de doctori habilitați și 15 membri titulari, membri corespondenți și de onoare ai AȘM. Cercetările științifice se efectuează în cadrul a 106 subdiviziuni universitare: 82 de catedre, 8 cursuri și 16 laboratoare științifice. Acestea din urmă sunt o nouă formă de organizare a activității științifice, cu finanțare prioritară din buget, care studiază cele mai actuale probleme ale medicinei și sănătății publice. În decursul ultimului deceniu tematica cercetărilor a vizat următoarele direcții:

- Aspecte sociale, igienice și de asistență medicală.
- Ocrotirea sănătății Mamei și Copilului.
- Patologia gastro-intestinală, inclusiv hepatologia.
- Patologia cardio-cerebro-vasculară.
- Patologia infecțioasă.
- Elaborarea și producerea medicamentelor, inclusiv antimicrobiene.
- Traumatismele și consecințele acestora.
- Stomatologia.
- Mecanismele morfo-fiziologice ale proceselor patologice.

Una din preocupările de bază ale Academiei de Științe o constituie pregătirea și promovarea cadrelor științifice de înaltă calificare. În doctorantura ASM se pregătesc cercetători în 17 domenii ale științei, cuprinzând peste 80 de specialități științifice. Anual sunt promovați peste 50 de absolvenți, care își continuă activitatea în institutele de cercetări științifice și în instituțiile de învățământ superior, structurile de antreprenoriat, în sfera financiar-bancară, organele administrației publice centrale și locale.

O atenție deosebită AȘM acorda extinderii și aprofundării relațiilor de colaborare cu universitățile din țară, cu ministerele și alte structuri administrative de profil, fiind încheiate acorduri respective și diversificate formele de cooperare.

O prioritate strategică a activității AȘM reprezintă dezvoltarea și consolidarea relațiilor științifice internaționale, întreținerea raporturilor bilaterale cu academiile de științe și organizațiile științifice din multe țări, fiind încheiate acorduri de colaborare științifică și promovate acțiuni de integrare în spațiul științific european, cu comunitatea științifică mondială.

Instituțiile Academiei deleagă anual în alte țări zeci și sute de cercetători științifici și primesc oameni de știință din străinătate. Se extinde colaborarea cu astfel de organisme internaționale ca ALLEA, INTAS, UNESCO, Agenția Internațională de Energie Atomică (IAEA), Comitetul Științific NATO etc. În ultimul timp au fost încheiate și/sau reînnoite acordurile de colaborare cu Academia Română, Academiile de Științe din Polonia, Ungaria, Bulgaria, Federația Rusă, Ucraina, Belarus, Academia de Științe Agricole din Federația Rusă, Academiile de Științe Agricole și Silvice din România și Ucraina, Fondul de Cercetări Fundamentale și Fondul Științific Umanistic din Federația Rusă. AȘM este membră a Asociației Internaționale a Academiilor de Științe (IAAS) și a Consiliului Internațional al Asociațiilor Științifice (ICSU).

În USMF „Nicolae Testemițanu" acest sector denotă o colaborare fructuoasă indigenă și internațională cu mai mult de peste o sută de instituții similare din peste 20 de state. Această colaborare este desfășurată în cadrul cooperărilor bilaterale, cât și în cadrul diverselor programe de cercetare. În forul acestor colaborări priorita-

re rămân relaţiile cu multiplele departamente ştiinţifice din SUA, Franţa, Polonia, Germania, Cehia, Canada, Italia, Elveţia, România, Austria, Rusia, Ucraina şi alte state.

Anual sub 100 de colaboratori ai universităţii participă la şedinţele societăţilor ştiinţifice internaţionale, peste 120 de colaboratori sunt membri ai organismelor ştiinţifice internaţionale, peste 30 de colaboratori sunt consultanţi şi experţi la diverse ediţii ştiinţifice din străinătate, sub 30 de profesori ţin cursuri şi prelegeri în diferite ţări. În acelaşi timp şi cu acelaşi scop de colaborare ştiinţifică, anual sub 200 de savanţi din străinătate vizitează Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie din Moldova.

31.4. PREGĂTIREA ŞI FORMAREA CADRELOR ŞTIINŢIFICE

În Republica Moldova pregătirea cadrelor ştiinţifice prin doctorat şi postdoctorat se desfăşoară la peste 130 de specialităţi, în circa 40 de instituţii şi organizaţii cu activitate de doctorat, în care îşi fac studiile 1 606 doctoranzi. Dintre aceştia, cu forma de învăţământ la zi – 543 de persoane, la frecvenţa redusă – 1 063 de persoane. La postdoctorat îşi fac studiile 36 de persoane.

La Centrul de instruire universitară, postuniversitară şi perfecţionare, căruia îi sunt delegate funcţiile de pregătire a cadrelor ştiinţifice din cadrul Academiei de Ştiinţe a Moldovei, îşi fac studiile 265 de doctoranzi şi 113 competitori.

Activitatea de cercetare a doctoranzilor şi competitorilor se desfăşoară sub îndrumarea a 735 de conducători ştiinţifici, dintre care sunt 20 de academicieni, 19 membri corespondenţi, 348 de doctori habilitaţi, 348 de doctori în ştiinţe. În cadrul Academiei de Ştiinţe a Moldovei doctoranzii şi competitorii sunt îndrumaţi de 157 de conducători ştiinţifici, dintre care: 13 academicieni, 10 membri corespondenţi, 78 de doctori habilitaţi şi 56 de doctori în ştiinţe.

Cadrele ştiinţifice medicale se formează în instituţiile de ramură conform codului cu privire la ştiinţă şi inovare al Republicii Moldova. Întreaga activitate în perioada doctoratului trebuie sa finalizeze cu susţinerea tezei de doctorat. Rezultatele cercetărilor ştiinţifice sunt concentrate şi monitorizate de către secţia de Ştiinţe Medicale a AŞM. Actualmente, în cadrul organizaţiilor ştiinţifice medicale îşi fac studiile în doctorantură 35 de persoane, activiază 503 cercetători ştiinţifici, 220 de doctori în ştiinţe şi 77 de doctori habilitaţi.

Colaboratorii ştiinţifici ai organizaţiilor din cadrul Secţiei Ştiinţe Medicale îşi valorifică rezultatele ştiinţifice prin publicaţiile lor. Astfel, pe parcursul anului 2006 au fost publicate 14 monografii, 7 manuale, 377 de articolele, dintre care 66 în reviste şi ediţii internaţionale şi 294 de teze la conferinţe internaţionale. În total numărul publicaţiilor a atins cifra de 827. Au fost editate următoarele reviste în domeniul medicinei: „Buletinul Academiei de Stiinţe a Moldovei. Stiinţe Medicale" (Secţia de Ştiinţe Medicale), „Analele ştiinţifice ale USMF „N.Testemiţanu", „Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină" (Centrul Ştiinţifico-Practic Sănătate Publică şi Management Sanitar), „Buletin de Perinatologie" (IMSP Institutul de Cercetări Ştiinţifice în domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului), „Curierul medical" (Ministerul Sănătăţii), Anale ştiinţifice ale Asociaţiei chirurgilor pediatri universitari (Asociaţia chirurgilor pediatri universitari „Acad. N. Gheorghiu") etc.

În scopul coordonării activității de cercetare în domeniul medicinei, Biroul Secției de Științe Medicale contribuie la participarea instituțiilor medicale la concursuri pentru obținerea burselor de excelență, burselor nominale, decernarea Premiului AŞM şi a Premiului concursului național „Inventatorul anului", pune în discuție şi înaintează Consiliului Național pentru Acreditare şi Atestare al Republicii Moldova candidaturile pentru conferirea titlurilor ştiinţifice şi ştiinţifico-didactice, precum şi acordă atenţie permanentă colaborării cu instituţiile ştiinţifice medicale din ţară şi de peste hotare.

Obiectivul principal în pregătirea cadrelor ştiinţifice este axat pe asigurarea calității studiilor şi rezultatelor cercetărilor ştiinţifice. În acest scop în cadrul Centrului de instruire universitară, postuniversitară şi perfecţionare a fost efectuată reorganizarea catedrelor, au fost revizuite programele de studii la pregătirea generală. A fost elaborată şi aprobată la consiliul ştiinţific al Institutului de Filozofie, Sociologie şi Ştiinţe Politice al AŞM programa la disciplina „Istoria şi metodologia domeniului de cercetare", care se predă în cadrul tuturor instituţiilor abilitate cu dreptul de a forma cadre ştiinţifice, inclusiv medicale, au fost implementate cu succes metodele avansate de predare-învaţare a limbilor străine.

În USMF „Nicolae Testemiţanu" forma de pregătire a cadrelor ştiinţifice este doctorantura, postdoctorantura şi masteratul. Numai în ultimul deceniu aceste trepte de pregătire le-au trecut peste 470 de persoane, care au terminat studiile cu finisarea şi susţinerea tezelor de doctorat, inclusiv 36 – teze de doctor habilitat şi 273 de teze de doctor în medicină. Pentru susţinerea acestor forme de pregătire a cadrelor ştiinţifice în universitate funcţionează 17 consilii ştiinţifice de susţinere a tezelor.

Un rol anumit în perfecţionarea cadrelor ştiinţifice îi revine Asociaţiei Tinerilor Cercetători din Moldova „Pro-Ştiinţa", care întruneşte circa 350 de doctoranzi şi tineri savanţi (incusiv şi din medicină) şi are ca scop sa iniţieze şi să coordoneze diverse măsuri de promovare şi de popularizare a ştiinţei printre tineret.

În contextul acestor activităţi în USMF „Nicolae Testemiţanu" un compartiment important este antrenarea în activitatea ştiinţifică a tinerilor cercetători – studenţilor şi rezidenţilor. Această formă de pregătire a cadrelor ştiinţifice şi-a justificat rolul având prioritate în selectarea rezervelor de cadre ştiinţifico-didactice în domeniul medicinii.

Pentru perfecţionarea procesului de instruire şi stimulare a activităţii doctoranzilor, CSSDT a întreprins mai multe acţiuni:

- a fost majorat numărul Burselor de excelenţă a Guvernului Republicii Moldova de la 15 la 20, precum si valoarea acestora – de la 1 500 lei la 2 000 lei lunar;
- au fost instituite 7 Burse nominale (pe domenii) în valoare de 1 200 lei lunar: „Anton Ablov", „Nicolae Testemiţanu", „Nicolae Anestiade", „Valentin Belousov", „Dimitrie Cantemir", „Boris Matvienco", „Sergiu Rădăuţanu", „Petru Ungureanu";
- în anul 2006 au fost majorate bursele doctoranzilor, care actualmente constituie respectiv: anul I – 600 lei, anul II – 650 lei, anul III – 750 lei.
- pe baza de concurs, se poate obţine Bursa Federaţiei Mondiale a Savanţilor;
- a fost majorat numărul de ore pentru conducerea ştiinţifică;
- au fost alocate mijloace financiare suplimentare pentru pregătirea cadrelor ştiinţifice.

Drept strategii de îmbunătăţire a procesului de pregătire a cadrelor ştiinţifice pentru viitor sunt:

– elaborarea şi implementarea unui sistem eficient de organizare şi desfăşurare a studiilor prin doctorat şi postdoctorat şi racordarea lui la realităţile europene;

– modificarea metodologiei de admitere la doctorat; admiterea să se efectueze doar în baza concursului proiectelor tezelor de doctor;

– elaborarea unui Program de pregătire a cadrelor ştiinţifice la nivel naţional în baza unei analize ample a situaţiei din domeniu şi a necesitaţilor statului;

– adoptarea unor măsuri în vederea respectării standardelor calităţii instruirii şi cercetărilor ştiinţifice;

– elaborarea planurilor de admitere la studii prin doctorat şi postdoctarat ţinând cont de necesităţile economiei naţionale şi ale dezvoltării ştiinţei;

– modificarea Regulamentului privind organizarea şi desfăşurarea doctoratului şi postdoctoratului;

– ridicarea randamentului conducerii ştiinţifice, elaborarea unui sistem nou de salarizare a conducătorilor şi consultanţilor ştiinţifici;

– elaborarea programului de susţinere social-economică a tinerilor savanţi, adică revederea sistemului de acordare a burselor, acordarea de credite şi împrumuturi pentru studii.

Astăzi, când Republica Moldova a pornit spre comunitatea europeană, ştiinţa medicală naţională tot mai frecvent şi intens aderă la fluxul ştiinţifico-medical internaţional, revărsându-şi cunoştinţele şi îmbogăţindu-şi atât potenţialul uman, cât şi cel spiritual, în speranţa, că această colaborare va crea un spaţiu de cercetare nelimitat, îndreptat net spre prosperarea viitorului umanităţii mondiale.

PARTEA III

SANALOGIE ŞI MEDICINĂ SOCIALĂ

CAPITOLUL 1

MODUL SĂNĂTOS DE VIAŢĂ – BAZA PROFILAXIEI

1.1. ASPECTE METODOLOGICE ALE MODULUI DE VIAŢĂ

Există mai multe definiţii ale modului de viaţă. Aceasta se explică prin faptul că problema în cauză este cercetată insuficient.

Savantul rus I.V. Bestujev-Lada determină modul de viaţă ca o „totalitate a formelor activităţii vitale a individului, grupului social sau societăţii în întregime luate în ansamblu cu unitatea condiţiilor acestor activităţi".

Academicianul Iu. Lisiţân defineşte modul de viaţă ca „un anumit gen de activitate a omului în sferele spirituală şi materială". Modul de viaţă cuprinde o totalitate de diferite aspecte, care se includ în două componente: prima – activitatea de muncă şi a doua – tot ceea ce este în afara activităţii de muncă.

Noţiunea de mod de viaţă este caracterizată de un sistem de indicatori calitativi (caracteristica conţinutului muncii, interrelaţiile în colectiv, satisfacerea prin muncă, de profesie, condiţiile de trai, necesităţile spirituale şi valorile morale produse şi utilizate în procesul activităţii culturale etc.) şi cantitativi (nivelul salariului, salariul mediu lunar, venitul mediu şi suprafaţa locativă ce revine unui membru al familiei, durata timpului de lucru şi ponderea lui în bugetul total de timp, consumul de timp pentru satisfacerea necesităţilor spirituale, frecvenţa diverselor moduri de activitate în timpul liber, mărimea timpului liber organizat de societate şi de individ şi raportul lor etc.).

O noţiune înrudită este *modul obişnuit de viaţă* (MOV): definit ca un caracter de activitate a populaţiei determinat de procesele obiective ale dezvoltării societăţii şi formaţiunii economice din societatea respectivă, care este în acelaşi timp un anumit fel (tip) de activitate pe parcursul istoriei în sfera materială şi spirituală a vieţii populaţiei.

Afară de categoria filozofică a modului de viaţă mai există o serie de noţiuni apropiate, care uneori se confundă cu modul de viaţă ori sunt pe nedrept considerate ca sinonime. Este vorba despre aşa termeni ca „nivelul de viaţă", „calitatea vieţii", „stilul vieţii", „sistemul vieţii", „orânduirea sau felul vieţii".

Nivelul vieţii sau nivelul de trai este nivelul bunăstării oamenilor care caracterizează volumul şi structura necesităţilor materiale şi spirituale, care pot fi apreciate numeric prin unităţi bugetare sau naturale. Un comitet de experţi în cadrul ONU a determinat 12 criterii semnificative ale nivelului de trai: starea demografică şi sănătatea, alimentaţia şi nutriţia, nivelul de instruire şi educaţie, venitul şi consumul global, condiţiile de muncă, locuinţa şi confortul, îmbrăcămintea, condiţiile de odihnă şi destindere, securitatea socială etc. Propriu-zis, aceasta este o sferă vastă a indicilor de utilizare a valorilor materiale şi spirituale ce pot fi măsurate şi exprimate printr-o serie de parametri cantitativi.

Calitatea vieţii. Apariţia acestui termen a devenit în unele ţări obiectul speculaţiilor politice, care n-au nimic comun cu ştiinţa. Iată de ce termenul acesta poartă un caracter nedeterminat, discutabil, care la diferiţi autori capătă un conţinut divers, astfel că calitatea vieţii uneori este opusă nivelului vieţii şi aceste categorii se exclud reciproc. Calitatea vieţii este gradul de satisfacere a necesităţilor materiale şi spirituale, care nu pot fi supuse măsurării directe şi care trebuie să fie supuse unei cuantificări compuse, folosind diverse scări cvazimetrice. Este vorba de aprecierea conţinutului muncii şi odihnei, precum şi a satisfacerii de ele, de nivelul confortului în muncă şi în condiţiile de trai, calitatea îmbrăcămintei, calitatea alimentaţiei, a locuinţei, a mediului, îndestularea necesităţilor de comunicare, de creaţie, de activitate artistică, adică a tuturor necesităţilor ce contribuie la dezvoltarea personalităţii omului. Tot aici se referă şi asistenţa medicală, gradul de asigurare a populaţiei cu asistenţă medicală spitalicească, precum şi cu asistenţă de policlinică (ambulatoriu).

Calitatea vieţii este un indicator al sănătăţii, atât pentru populaţie, cât şi pentru guverne ce impune realizarea de moduri de viaţă favorabile sănătăţii.

„Fiecare individ trebuie să deţină posibilitatea de a-şi dezvolta şi pune în valoare potenţialul de sănătate pentru a duce o viaţă socială, economică şi psihică sănătoasă".

1.2. CALITATEA VIEŢII – INDICATOR AL SĂNĂTĂŢII

Aristotel a dat o viziune de grup calităţii vieţii – *„fericirea"*.

- Fericirea într-un stat nu se poate concepe decât dacă vizează ansamblul cetăţenilor şi nu se limitează numai la un număr mic.
- Calitatea vieţii este un imperativ etic al societăţii, dar şi o responsabilitate a acesteia.
- Sănătatea, pe de o parte, este o calitate a vieţii, iar pe de altă parte reprezintă şi un mesaj al calităţii vieţii individului (de trai socio-economic şi cultural).

Programele de sănătate publică reflectă calitatea vieţii, îmbunătăţirea sănătăţii este dată de îmbunătăţirea calităţii întregii palete bio-psiho-sociale a societăţii. Organizaţia Mondială a Sănătăţii structurează patru dimensiuni ale calităţii vieţii de care trebuie să se ţină cont în evaluarea programelor de sănătate:

- reducerea simptomelor maladiei;
- înlocuirea anxietăţii şi descurajării prin influxuri de stare de bine şi optimism;
- menţinerea unei reţele de interacţiuni sociale pozitive;
- aptitudinea de a munci şi de a păstra un nivel de viaţă suficientă sau în caz de pensionare de a avea un centru ocupaţional.

Calitatea vieţii depinde de mediul social.

Definiţie. Ansamblul de factori, relaţii, condiţii, instituţii şi ideologii sociale în interiorul societăţi sub influenţa căreia se găseşte un individ sau un microgrup determinat se numeşte *mediu social*. Omul este produsul mediului social, pe care el este în stare să producă la rândul lui.

Mediul social global este totalitatea factorilor istorici, culturali, instituţionali, de organizare grupală, axiologici etc. din viaţa unei societăţi".

Mediul psiho-social este un mediu de interacţiune socio-spirituală a persoanelor cuprinzând relaţiile internaţionale dominante, statusurile psiho-sociale realizate de indivizi, scopurile şi acţiunile lor colective, modelele de comportament promovate, sistemul de norme şi valori inclusiv procesele psihologice pe care le generează.

Statusul social este poziţia unui individ sau a unui grup în cadrul unui sistem social implicând un ansamblu legitim de aşteptări faţă de cei care ocupă alte poziţii în cadrul aceluiaşi sistem.

Individul trăieşte într-un mediu social însuşindu-şi de-a lungul vieţii prin procesul de socializare normele sociale ale comunităţii din care face parte.

Relaţia dintre mediul social şi starea de sănătate a populaţiei.

Sănătatea şi boala sunt comandamente ale socialului, starea de sănătate şi starea socială se întreprind într-o cerinţă şi evoluţie globală. Individul şi grupul populaţional se află într-o relaţie ecologică (de raporturi de interdependenţă) cu mediul social în care trăieşte şi care le defineşte condiţia umană a existenţei.

În sistemele politice ale statelor centralizate din Europa Centrală şi de Est, sănătatea populaţiei a prezentat următoarele caracteristici pregnant negative:

- ineficienţa în promovarea sănătăţii şi în prevenirea invalidităţii;
- calitatea scăzută în asistenţa sanitară;
- indicatorii crescuţi de mortalitatea cu particularitate evidentă a supramortalităţii infantile;
- conlucrare intersectorială deficitară, ineficientă;
- lipsa de solicitudine la nevoile locale;
- rigiditatea şi supracentralizarea de sistem;
- accent prea mare pus pe asistenţa instituţionalizată;
- neglijarea asistenţei medicale primare;
- o politică supracentralizată a resurselor;
- insuficienţa fondurilor.

Calitatea vieţii depinde de Mediul fizic extern şi de sănătatea populaţiei.

Organismul şi mediul fizic extern sunt într-o interrelaţie permanentă de adaptare şi influenţare.

Societatea umană nu face altceva decât o investiţie pentru existenţa permanentă şi sănătatea omului pe planetă. Nivelul de poluare a mediului natural constituie în prezent nu numai o atitudine a omenirii, ci şi o alarmă a dezechilibrului ecosistemului natural-uman.

Intervenţia omului asupra naturii până în prezent poate fi considerată în linii mari ca fiind înglobată în strategii agresive iresponsabile cu efecte distrugătoare (uneori ireversibile).

Distrugerea solului (inclusiv prin agricultură agresivă), extinderea deşeurilor, salinizarea reţelelor de irigaţii neîntreţinute, distrugerea pădurilor, poluarea atmosferei, contaminarea alimentelor şi pericolul radioactivităţii – toate acestea constituie comandamente negative în cerinţa supravieţuirii umane.

Sănătatea viitorului va fi în mare parte o sănătate a aglomerărilor urbane. Din această cauză OMS a emis Programul „Oraşe sănătoase". Începând din anul 1952 (alarma „londoneză"), s-a putut demonstra rolul nefast al poluării asupra sănătăţii oamenilor.

Zgomotul a devenit un flagel social (intensitatea sunetului peste 80 de decibeli este nocivă), fiind în evoluţie de la un factor de disconfort, la un factor agresiv maladiv.

O importanţă deosebită pentru sănătatea populaţiei, având în vedere şi creşterea accelerată a oraşelor pe Terra, are procesul de urbanizare care influenţează grupurile prin caracteristicile ambientalului modului de viaţă urban.

Curăţenia ideală a oraşelor se datorează programelor „oraş verde, oraş albastru", stipulând condiţiile atmosferei şi ale zonelor verzi nepopulate pentru oraşele viitorului, ceea ce constituie un angajament politic pentru *„Oraşele Sănătoase"*.

Calitatea vieţii depinde de nivelul cultural-educativ şi de rezultatele sănătăţii. Nivelul de instruire al populaţiei depinde de statusul social-economic, cât şi de parametrii cultural-tradiţionali, care reprezintă un factor important de conştientizare a grupului şi individului cu influenţe pozitive sau negative asupra stării de sănătate. Instruirea iniţială a populaţiei se diferenţiază şi în funcţie de medii (mediul urban şi mediul rural). Nivelul de instruire şi gradul de cultură al populaţiei (legate şi de tradiţii) conturează statusul şi răspunsul individului şi grupului faţă de maladii determinate de modul de viaţă al societăţii moderne.

Stilul de viaţă se referă, de obicei, la particularităţile individuale ale conduitei, fiind o manifestare a activităţii vitale. Aici se includ şi particularităţile individuale ale stilului de raţiune.

Sănătatea şi stilul de viaţă.

Dimensiunile sănătăţii pot fi influenţate de câţiva factori:

1. Sistemul competent de îngrijire medicală şi de educaţie sanitară.
2. Factorii de mediu.
3. Factorii genetici.
4. Unul dintre cei mai importanţi factori – stilul de viaţă.

Ultimul factor poate fi controlat – ideea este că ne putem controla sănătatea.

Stilul de viaţă se referă în ansamblu la modul de viaţă în care trăim – atitudinile, obiceiurile şi compotamentul fiecărei persoane în viaţa cotidiană. Din perspectiva specialiştilor americani, în SUA, *stilul de viaţă* determină în mare măsură la 7-10% din cauzele ce conduc la deces. Nu toate componentele *stilului de viaţă* se situează sub controlul individului, nu toţi oamenii abordează tipuri de stiluri de viaţă care le afectează în mod direct sănătatea şi bunăstarea.

Componentele stilului de viaţă.

Stilul de viaţă include câteva componente, prin care oamenii îşi desfăşoară aspectele majore ale vieţii:

1. stilul de lucru;
2. stilul recreaţional;

3. stilul de reacție la plăcere;
4. stilul de soluționare;
5. stilul de cunoaștere;
6. stilul de comunicare;
7. stilul de relaționare;
8. stilul de alimentare;
9. stilul de consum;
10. stilul ecologic.

Stilul de lucru. Unii indivizi au ca scop și luptă în viață pentru ca fiecare aspect al muncii lor să fie perfect. Alții sunt mult mai mult preocupați de volumul muncii produse decât de calitate. Se consideră că munca fizică tradițională stă la baza longevității și sănătății. Alte tipuri de efort stimulează mintea și ajută la menținerea sănătății intelectuale.

Stilul recreațional. Modul în care indivizii își alocă și își consumă timpul liber – *stilul recreațional* – afectează de asemenea multe dimensiuni ale sănătății și bunei dispoziții. *De exemplu*, accentuarea în mare măsură pe competiție și agresiune poate deteriora relațiile sociale sau să conducă la stres. Persoanele care își petrec timpul liber consumând alcool sau droguri se vor confrunta cu probleme severe de sănătate fizică și socială.

Stilul de reacție la plăcere. În ce mod se bucură o persoană de apariția unei personalități în viața sa? Lucrurile sunt făcute pentru a-i face pe oameni să se simtă bine, iar modurile în care ei percep plăcerea le definesc ceea ce sociologii numesc stilul de încântare. Unii sunt foarte dornici față de alții, pe când unii sunt foarte egoiști, fiind preocupați doar de sine. Modul în care oamenii acordă o atenție sau primesc o plăcere, le poate influența sănătatea, în toate aspectele sale.

Stilul de soluționare. Stresul este, fără îndoială, o parte din viață. El poate fi pozitiv, atunci când este asociat cu dezvoltarea umană (căsătorie, promovarea în funcție), sau poate fi negativ, când este asociat unei pierderi (devalorizare financiară, dezacordul cu rudele). Modul în care persoanele își soluționează evenimentele stresante ale vieții le poate afecta sănătatea. Este foarte bine cunoscut exemplul în care soțul sosește acasă nervos, strigă la soție, aceasta strigă la copil, copilul lovește cățelușul, iar cățelul mușcă poștașul care tocmai intră în curte.

Stilul de cunoaștere. Acest stil se referă la modalitățile în care oamenii gândesc, caută să cunoască cât mai mult și iau decizii. Unii oameni sunt foarte meticuloși în ceea ce privește soluționarea problemelor. Aceștia, iau în considerare toate alternativele și cu atenție își fundamentează deciziile în baza cât mai multor informații posibile. Unii indivizi merg mai mult pe intuiție și tind să ia rapid deciziile, sub forța împrejurărilor pe baza sentimentelor. Alții se tem să decidă, așteptând ca alții să le spună ce să facă. Stilul de cunoaștere reflectă sănătatea intelectuală

Stilul de comunicare. Modalitățile, prin care oamenii le permit altora să afle ceea ce își doresc, ce simt sau ce gândesc, cât și modurile prin care ei răspund la ideile și sentimentele altora, sunt aspecte ale stilului lor de comunicare. Unii indivizi folosesc cuvintele pentru a-și exprima sentimentele, în timp ce alții se simt inconfortabil atunci când își descriu emoțiile. O persoană care nu își exteriorizează emoțiile poate suferi tensiuni sociale și emoționale, ce pot conduce la probleme fizice.

Stilul de relaționare. Comunicarea este doar un aspect al modului în care oamenii se relaționează unii cu alții. De exemplu, în cadrul unui grup, unii indivizi își pot asuma rolul de lider, în timp ce alții se simt mult mai confortabil atunci când sunt conduși de către o altă persoană. Alte aspecte ale acestui stil includ modurile în care oamenii abordează pe ceilalți și tipurile de relații ale indivizilor cu familia și prietenii. Sănătatea emoțională și cea mintală depinde în mare măsură de relațiile interpersonale care au drept scop satisfacerea trebuințelor și dorințelor.

Stilul de alimentație. Atitudinea unei persoane către și față de abordarea alimentelor și a nutriției, constituie stilul de alimentație al acesteia. Pentru unele persoane hrana reprezintă o sursă majoră de satisfacție, de plăcere, pentru alții este doar substanța necesară organismului. Sănătatea fizică a unei persoane depinde în mare măsură de ceea ce mănâncă ea. De asemenea, alimentația are și impact asupra sănătății intelectuale.

Stilul de consum. O altă componentă a stilului de viață cuprinde modalitățile în care oamenii își selectează și se folosesc de produse și servicii, și este denumită *stil de consum*. Atunci când o persoană face cumpărături pentru casă, ea devine mult mai preocupată de confort. Imaginea casei poate avea un impact asupra relației sociale și a satisfacției emoționale.

Stilul ecologic. Deciziile luate de un consumator pot afecta stilul ecologic. Stilul ecologic al unei persoane reflectă nivelul preocupării acesteia pentru păstrarea, menținerea unui mediu sănătos. Orice acțiune umană afectează mediul și climatul. Modul în care oamenii tratează mediul influențează sănătatea fizică proprie cât și a celorlalți.

Diversitatea de conduite, ce alcătuiesc stilul de viață al unei persoane, indică faptul că stilul de viață este afectat de multe variabile și sugerează că este greu de a fi controlat și modificat. Stilul de viață este caracteristic fiecărei categorii socio-profesionale, având la bază piramida trebuințelor, piramida conceptualizată de Abraham Maslow.

Categorii de variabile pe care se bazeaza analiza stilului de viață:

- Sexul – a fost mult timp utilizat pentru diferență.
- Venitul – segmentarea populației în funcție de venit.
- Segmentarea demografică multifactorială – în funcție de venit și vârsta indivizilor.
- Segmentarea psihologică – în funcție de clasa socială, stilul de viață sau personalitatea fiecăruia.

Succesul propagandei modului sănătos de viață în mare parte depinde de orânduirea sau felul vieții. Acest termen, deocamdată, în practica sociologiei aplicative figurează destul de rar (doar în Franța și Japonia). Sub el se subînțelege ordinea vieții sociale, regimul muncii, traiului, odihnei etc., în cadrul cărora are loc activitatea vitală a oamenilor.

Actualmente în literatura de specialitate este larg folosită categoria economică „standardul vieții". Semnificația acestui termen în majoritatea cazurilor se apropie de cea a nivelului vieții. Conținutul său se mărginește la o totalitate de caracteristici cu caracter normativ sau comparativ, care completează cele 5 categorii antecedente; prin urmare, putem vorbi despre standardele nivelului, calității, orânduirii, stilului și modului de viață atât ale individului, cât și ale grupurilor sociale.

Dacă prima problemă metodologică a modului de viaţă o constituie determinarea termenilor şi indicatorilor, a doua o alcătuieşte separarea unui minim necesar, dar şi suficient de indicatori ai nivelului, calităţii, orânduirii modului de viaţă pentru a putea elabora o caracteristică pe cât se poate mai amplă a vieţii publice, caracteristică atât de necesară în cercetările teoretice şi practice pentru efectuarea analizei, diagnozei şi prognozei în conformitate cu scopul cercetării.

A treia problemă metodologică constă în structurarea vieţii sociale.

Deoarece modul de viaţă este tratat ca modul activităţii vitale, în structura lui trebuie să figureze principalele sfere de activitate cum sunt: munca, traiul, activitatea social-politică şi instructiv-culturală.

Structurarea poate varia în funcţie de scopul şi problemele de investigaţie. Aceasta exclude schemele dogmatice şi dă posibilitatea de a crea o structură mai detaliată în corespundere cu scopul şi caracterul obiectului de cercetare.

La studierea influenţei modului de viaţă asupra sănătăţii publice se iau în considerare indicatorii tradiţionali (asigurarea materială, locuinţa, studiile, condiţiile muncii ş.a.) cu excluderea factorilor de risc (fumatul, abuzul alcoolului, hipodinamia, alimentaţia neraţională etc.). Aspecte importante sunt stimularea activităţii medicale, popularizarea modului sănătos de viaţă (MSV) ş.a.

Actualmente sunt cunoscute trei aspecte ale conţinutului MSV:

- MSV prezintă componentul de bază al MOV, el include condiţii normale de muncă, alimentaţie, trai, odihnă, relaţii psihologice normale între oameni, atitudinea corectă faţă de sănătatea personală şi a celor din jur;
- MSV presupune sporirea nivelului culturii în muncă, odihnă, trai, relaţii şi comportare adecvată pentru a fi totdeauna de folos societăţii;
- MSV prezintă un model (standard) de activitate care are scopul de a păstra şi îmbunătăţi starea sănătăţii, care este condiţia de bază pentru ameliorarea altor părţi componente ale MOV.

1.3. SANALOGIA – CONCEPŢIE DESPRE SĂNĂTATEA CELOR SĂNĂTOŞI

Caracteristic pentru ţările economic dezvoltate, precum şi pentru unele ţări în curs de dezvoltare este schimbarea radicală a patologiei, transformarea tipului epidemic în cel neepidemic, predominarea maladiilor cronice necontagioase, cum sunt bolile cardiovasculare, tumorile maligne, bolile neuropsihice, endocrine, traumele ş.a. Aceste afecţiuni au condiţionat modificarea structurii mortalităţii.

Afară de aceasta, schimbarea condiţiilor de trai, înrăutăţirea bruscă a situaţiei ecologice şi alte cauze de ordin social proprii etapei contemporane a civilizaţiei au drept consecinţă faptul că măsurile social-medicale tradiţionale au devenit insuficiente pentru combaterea patologiei cronice nontransmisibile.

S-a ajuns la concluzia necesităţii întăririi sănătăţii publice folosind toate mijloacele pentru formarea modului sănătos de viaţă bazat pe principiile sanalogiei.

Termenul „sanalogie" înseamnă ştiinţa despre sănătatea celor sănătoşi, despre ocrotirea, întărirea, sporirea şi reproducerea ei.

Sanalogia, pornind de la legităţile apariţiei şi dezvoltării bolilor (patogeneza), evidenţiază mecanismul şi căile de formare a sănătăţii (sanogeneza) şi le generali-

zează nu numai la nivel individual, dar şi la cel social, ceea ce are o deosebită importanţă. Încă F. Bacon scria: „ ...prima datorie a medicinei este păstrarea sănătăţii, iar a doua – tratarea bolilor".

Mecanismul principal de formare a sănătăţii îl constituie factorii sociali şi, în primul rând, modul de viaţă (49–53% din valoarea tuturor factorilor de risc). Aceasta o dovedesc cu prisosinţă cercetările social-medicale complexe. Ele ne permit, de asemenea, să determinăm şi rolul altor factori de risc.

Observăm din tabel că ponderea factorilor de risc ce ţin de ocrotirea sănătăţii constituie doar 8–10%. Prin urmare, eforturile instituţiilor sanitare îndreptate spre ocrotirea sănătăţii publice, oricât de multilaterale şi de insistente ar fi ele, nu sunt în stare să rezolve marea problemă a sănătăţii.

Soluţionarea ei revine pe seama întregii societăţi.

Resursele de bază ale strategiei de ocrotire a sănătăţii publice constau în punerea accentului pe măsurile de profilaxie prin formarea modului sănătos de viaţă, ameliorarea stării ecologice şi sporirea eficacităţii serviciilor de ocrotire a sănătăţii. Rolul principal în promovarea problemelor de sănătate şi iniţiativa în acest domeniu îi aparţine medicinei.

Medicina totdeauna a fost funcţia socială, pe care omenirea a utilizat-o pentru a scăpa de suferinţă, de disconfort, de infirmitate şi pentru a întârzia sfârşitul vieţii, a amâna moartea. Medicina modernă are aspiraţii mult mai complexe şi mai nobile decât simpla constatare a bolii sau o profilaxie parţial eficientă. Scopul medicinei contemporane este promovarea sănătăţii, este medicina omului sănătos, într-un context social în care se face totul pentru promovarea modului sănătos de viaţă.

Anume transformarea sănătăţii publice, prin intermediul modului sănătos de viaţă, într-o adevărată strategie de acţiune, constituie problema de bază şi menirea sanalogiei. Pentru atingerea acestui scop o deosebită importanţă trebuie să fie acordată educaţiei pentru sănătate.

Activităţile de informare şi educare sanitară a publicului urmăresc scopul să stimuleze o stare de spirit ca oamenii să dorească sănătatea, să înveţe a căuta mijloacele pentru a o obţine şi pentru a o păstra.

Perioada până la anul 2000 a fost considerată în mediile specializate ale OMS drept „saltul spre imposibil – cucerirea imposibilului". Deviza „Sănătate pentru toţi: de azi până în anul 2000", solicita „pacea şi securitatea drept condiţii importante pentru apărarea şi ameliorarea sănătăţii tuturor popoarelor; cooperarea dintre naţiuni pe problemele esenţiale de sănătate poate aduce o importantă contribuţie la consolidarea păcii".

Prin calcule prospective se apreciază, că în anul 2025 lumea va număra 12 miliarde de oameni peste 60 de ani, 7 din 10 fiind locuitori ai ţărilor în curs de dezvoltare. Să reţinem că bătrânii din 2025 sunt tinerii de azi. Totodată să reţinem, că la orice vârstă omul trebuie să aducă o contribuţie societăţii şi să primească anumite beneficii direct sau indirect, în cadrul contractului scris sau nescris dintre om şi societate.

Experţii din 22 de state, confirmând ataşamentul lor principiului „sănătate pentru toţi" (SPT) la consfătuirea de la Riga (1986) au recomandat tuturor statelor ***10 principii de sănătate***:

1. A considera SPT scopul tuturor popoarelor până şi după anul 2000.

În conformitate cu declarația de la Alma-Ata, a elabora criteriile de estimare a strategiei date în perspectivă.

2. A dezvolta şi a întări strategia SPT.

Fiecare țară în conformitate cu concepția „Sănătate pentru toți" va trebui să elaboreze strategia proprie de sănătate privind rezolvarea problemelor acute ce vizează sănătatea celor mai vulnerabile grupuri sociale.

3. A intensifica activitatea politică şi socială. Această activitate trebuie să contribuie la distribuirea resurselor pentru realizarea concepției „Sănătate pentru toți", inclusiv a organizațiilor nestatale.

4. A consolida conducerea strategiei SPT. Se recomandă de a acorda susținerea cuvenită conducătorilor serviciului sanitar şi altor sectoare care vor mobiliza resursele cuvenite pentru ocrotirea sănătății.

5. A atrage populația în activitatea de ocrotire a sănătății.

6. A transforma colaborarea intersectorială într-un instrument de realizare a SPT. Problemele ocrotirii sănătății trebuie să fie în centrul atenției şi a altor servicii.

7. A întări sistemele județene ale ocrotirii sănătății bazate pe ajutorul medico-sanitar primar; întărirea sistemelor județene ale ocrotirii sănătății, ca mecanism-cheie de concentrație şi utilizare a resurselor destinate ocrotirii sănătății.

8. A planifica, a realiza şi a susține pregătirea cadrelor ce urmează să implementeze SPT. O deosebită susținere atât morală, cât şi materială trebuie să fie acordată personalului care lucrează în localitățile de la periferie şi în condiții grele.

9. A contribui la implementarea şi utilizarea rațională a investițiilor în domeniul ştiinței şi tehnicii. A acorda o importanță deosebită contribuției ştiințifice şi tehnologice în rezolvarea problemelor stringente ale ocrotirii sănătății. A întări baza ştiințifică în țările în curs de dezvoltare, acordând o atenție primordială investigațiilor referitoare la grupurile sociale care au mai mare nevoie de ajutor.

10. A întreprinde măsuri pentru soluționarea problemelor nerezolvate. Se pune problema de a elabora programe prioritare de sănătate vizând, în primul rând, nivelul înalt al mortalității infantile şi materne, abuzul de alcool şi tutun, lipsa echilibrului între creşterea populației şi resursele naturale şi social-economice.

1.4. MODUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

Modul de viață şi stilul de viață sunt doua noțiuni apropiate în conținut şi tratate de multe ori ca sinonime. Ele desemnează totalitatea activităților, care compun viața unei persoane, a unui grup, a unei colectivități, organizarea vieții lor pentru satisfacerea trebuințelor lor materiale şi spirituale. Totuşi, cele două noțiuni nu sunt identice deşi utilizarea lor este complementară. Astfel, modul de viață se referă la elementele obiective ale traiului, la condițiile materiale, economice şi sociale ale vieții oamenilor. Principalii indicatori ai modului de viață sunt:

- natura muncii (ocupației, profesiei) şi durata ei;
- învățământul, calificarea profesională şi accesibilitatea formelor acestora;
- rezidența şi circulația (timpul afectat şi mijloacele de transport disponibile şi utilizate);
- locuința (m^2/persoană) şi echipamentul acesteia (gradul de confort);

- condițiile de igienă şi asistență sanitară (accesibilitatea acesteia);
- mijloacele de comunicare, telecomunicare;
- informațiile şi cultura;
- timpul liber (durata şi folosirea acestuia).

La aceştia se adaugă sistemul tradițiilor, obiceiurilor, morala şi cultura societății. Toți aceşti factori, în mişcarea lor istorică, contribuie la formarea profilului psihologic al populației, la formarea personalității indivizilor şi la structurarea relațiilor sociale. Orice mod de viață este produsul unei istorii, reflexul unei culturi şi al unor tradiții specifice. Fiecare societate are un mod specific de viață. Se poate distinge astfel între un mod de viață specific societății tradiționale, agrare, rurale, un mod de viață specific societății industriale, de tip urban şi modul de viață specific societății postindustriale. În fiecare dintre ele, toți indicatorii enumerați mai sus sunt diferiri. Stilul de viață se referă la aspectul subiectiv al modului de viață. El reprezintă o strategie de viață, pentru care individul optează şi care orientează toate manifestările sale particulare. Această strategie are la bază anumite credințe, imagini şi reprezentări ale individului despre lume şi viață, în virtutea cărora el alege, se comportă, acționează, face opțiuni ce îl pot conduce la reuşită sau la eşec. Din acest punct de vedere, stilul de viață se referă la decizii, acțiuni şi condiții de viață, care afectează sănătatea persoanelor. Este vorba de riscuri autoasumate, cum ar fi: tabagismul, abuzul de alcool, consumul de droguri, alimentația excesivă, dezechilibrată sau subnutriția, promiscuitatea sexuală, practicile sexuale riscante, stilul de conducere auto imprudent, sedentarismul, lipsa timpului liber, insuficiența odihnei / somnului, incapacitatea de a face față stresului cotidian şi profesional într-un mod adecvat. Toate acestea sunt riscuri imputabile persoanei, care pune în pericol sănătatea proprie. Uneori aceste riscuri sunt impuse de condițiile social-economice ale persoanei, cum ar fi: sărăcia, şomajul, discriminarea socială, sexuală, etnică, inegalitățile şi conflictele sociale. Stilul de viață constă din combinații ale diferitor practici şi deprinderi comportamentale şi condiții de mediu ce reflectă modul de viață, influențate de antecedentele familiale, condițiile culturale şi socio-economice ale persoanei. În esență, stilul de viață este tipul de comportament repetitiv, habitual, condiționat de nivelul de cultură şi de nivelul de trai, este modul de viață bazat pe interacțiunea dintre condițiile de viață în sens larg şi tipurile caracteristice de comportament, determinate de factorii socio-culturali şi de caracteristicile personale. Modificarea stilului de viață implică, deci, schimbarea concomitentă a comportamentului personal şi a condițiilor de viață. Stilul de viață este personal şi social (grupal), în acelaşi timp, şi aceasta pentru că opțiunile pe care persoana le face şi în funcție de care îşi structurează stilul de viață sunt individuale, dar valorile, reprezentările, scopurile şi aspirațiile în virtutea cărora face alegerile au o determinare socială. În concluzie, se poate spune că dacă modul de viață se referă la aspectele exterioare ale vieții, la condițiile economice şi sociale, stilul de viață priveşte modul în care persoanele şi grupurile sociale valorizează aceste condiții, în funcție de anumite opțiuni valorico-normative. Fiecare individ este protagonistul unui anumit stil de viață propriu şi constant, precum şi al unor „subvariante" proprii fiecărei etape de viață parcurse. Daca la un copil nu se poate vorbi încă de un

stil de viață propriu-zis, odată cu adolescența, cu procesul de cristalizare a personalității, începe să se contureze și un stil de viață propriu, pe care tinerețea și maturitatea îl vor desăvârși. În structurarea lui, influența familiei, a scolii, a altor instituții educative se interferează cu influența celor apropiați, cu influență literaturii, a televiziunii, a mass-mediei în general, care pot oferi tipologii diferite ale stilurilor de viață și care pot fi copiate, refuzate, prelucrate critic și valorizate de către individ. Alături de stiluri de viață defavorabile pentru sănătate – care cuprind factorii de risc menționați anterior – există și pot fi modelate prin acțiuni de educație stiluri de viață favorabile sănătății: practicarea sistematică a exercițiilor fizice și evitarea sedentarismului, alimentația echilibrată și variată (bogată în legume și fructe proaspete, săracă în grăsimi), evitarea fumatului și a consumului de droguri, consumul moderat de alcool, igiena personală și sexuală, prudența în alegerea partenerilor sexuali și utilizarea mijloacelor de protecție pentru evitarea bolilor sexual transmisibile, inclusiv SIDA, efectuarea de controale medicale periodice, folosirea strategiilor adecvate de ajustare la stresul cotidian, profesional. Promovarea unui stil de viață, care să maximizeze, în limitele unor condiții date, sănătatea, bunăstarea și împlinirea umană, reprezintă un obiectiv a cărui realizare presupune acțiunea conjugată a disciplinelor medicale și comportamentale, a factorilor economici, politici, sociali și culturali. Programul OMS „Sănătate pentru toți" se bazează, în mare măsură, pe capacitatea oamenilor de a-și cunoaște și optimiza stilul propriu de viață, de a corija deficiențele constatate în structurarea lui, de a opera modificări, remodelări, în sensul realizării unui stil de viață sănătos. Stilul de viață are o importanță majoră în determinarea stării de sănătate a oamenilor. Astfel, ponderea celor patru factori determinanți ai sănătății este următoarea: stilul de viață – 51%; factorul biologic – 20%; mediul ambiant – 19%.

Dimensiunile sănătății. Există cinci dimensiuni ale sănătății.

Sănătatea emoțională – include înțelegerea emoțiilor și cunoașterea modului de soluționare a problemelor cotidiene ale stresului, cât și capacitatea de a studia, de a lucra sau de a îndeplini activități eficiente și cu bună dispoziție. De exemplu – un individ cu o bună stare emoțională manifestă o rată scăzută la boli legate de stres, cum ar fi ulcere, migrene și astm. Când stresul și tulburarea emoțională continuă pentru o lungă perioadă de timp, sistemul imun scade și duce la riscul de dezvoltare a diferitor boli.

Sănătatea intelectuală (intelectul) – este aspectul important al planului mintal care contribuie la luarea deciziilor importante, joacă un rol crucial în starea de sănătate și de bunăstare a individului. Capacitatea intelectuală variază de la individ la individ, toți indivizii sunt capabili să învețe cum să dobândească și să-și evalueze informațiile, cum să ia decizii asupra diferitor tipuri de probleme, inclusiv sănătatea. Sănătatea intelectuală uneori este inclusă în sănătatea emoțională ca parte a sănătății mintale. Emoțiile pot altera capacitatea de a gândi a unei persoane, iar gândirea confuză poate accentua și mai mult problemele. Totuși, relația dintre emoțional și intelectual nu le suprapune.

Sănătatea fizică – se referă la starea organismului și la răspunsurile acestuia în fața vătămărilor și a bolii. Pentru menținerea unei condiții fizice bune, a unei sănătăți fizice este important să adoptăm acele conduite ce ne conferă o bunăstare fizică.

De exemplu, evitarea ţigărilor, a consumului de alcool, alimentaţia moderată, sunt doar câteva obiceiuri ce asigură o bună sănătate fizică. Exerciţiile fizice adecvate, un efort cât şi un repaus echilibrat, menţinerea unei greutăţi normale şi alegerea inteligentă a bucatelor, evitarea abuzurilor alimentare în timpul sărbătorilor ne ajută, de asemenea, să ne menţinem starea de sănătate a organismului.

Sănătatea socială – se referă la capacitatea de realizare a rolului din viaţă, cum ar fi rolul de fiu sau fiică, părinte, soţ, prieten, apropiat sau cetăţean, într-un mod eficient şi confortabil, cu plăcere sau fără, de protecţie a altor persoane. Fiecare din aceste roluri presupun diferite responsabilităţi şi riscuri. Implicarea trebuinţelor umane pentru dragoste, intimitate, de apartenenţă, constituie un factor important în realizarea sănătăţii sociale.

Sănătatea spirituală – este acel sentiment de trăire, după care comportamentul şi valoarea fundamentală a unei persoane sunt în armonie. Numeroase studii au arătat o asociere dintre afiliaţia religioasă şi rata scăzută de boli cronice şi mortalitate. Unii oameni sunt contra unor reguli religioase, afirmând că religia descurajează conduitele ce pot conduce la probleme severe de sănătate. Alte persoane au declarat că afilierea religioasă poate contribui în mod direct asupra stării de sănătate şi a bunei dispoziţii în general.

Integrarea sănătăţii. Fiecare persoană oferă o anumită importanţă celor cinci dimensiuni ale sănătăţii. Dimensiunile sănătăţii formează un întreg – fiecare are un efect asupra celorlalte. Toate aceste dimensiuni lucrează împreună pentru a asigura randamentul funcţiilor, asigurând astfel *confortul.* Cultivarea unei anumite dimensiuni atrage după sine dezvoltarea celorlalte dimensiuni. Neglijarea unei dimensiuni poate duce la consecinţe severe asupra sănătăţii în ansamblu. Pentru menţinerea sănătăţii, trebuie să acordăm atenţie celor cinci dimensiuni.

Sănătatea şi echilibrul. Echilibrul – este necesar deoarece acesta afectează însăşi homeostazia, starea de normalitate a organismului chiar la baza nivelului fiziologic. Corpul uman este un organism deosebit de mobil. Pe parcursul vieţii o persoană trebuie să facă faţă şi să răspundă la o multitudine de ameninţări, printre care boli, vătămări fizice, stres. Organismul este capabil să lupte şi să se adapteze la toate aceste ameninţări. Pentru a dobândi această capacitate el caută un echilibru. În mod similar organismul luptă, apărându-se de boală pentru a reveni la starea de echilibru.

1.5. PROMOVAREA MODULUI SĂNĂTOS DE VIAŢĂ

Succesul propagandei modului sănătos de viaţă în mare parte depinde de activismul medical al populaţiei. Termenul „activism medical" a fost propus relativ nu demult şi el reflectă cele mai caracteristice forme de activitate în domeniul ocrotirii sănătăţii publice şi individuale. Activismul medical include activitatea indivizilor, grupurilor sociale şi a populaţiei în întregime, precum şi a organelor şi instituţiilor medico-sanitare de asigurare cu asistenţă profilactică şi curativă.

Un element important al activismului medical îl constituie comportamentul igienic, care se manifestă prin atitudinea corectă faţă de sănătatea proprie şi a altor persoane, îndeplinirea prescripţiilor medicale, adresarea la timp în instituţiile curativo-profilactice etc.

În sens larg activismul medical poate să poarte nu numai un caracter pozitiv, favorabil sănătății omului, ci şi negativ, dăunător sănătății, în contradicție cu recomandările igienice şi deci în contradicție cu modul sănătos de viață.

Ca şi modul de viață, activismul medical poate fi divizat în elementele componente: competența sanitară (medicală), deprinderi igienice sau antiigienice, adresabilitatea în instituțiile medicale, inclusiv cele profilactice, îndeplinirea recomandărilor medicale şi a prescripțiilor în legătură cu dispensarizarea, participarea activă în realizarea planurilor de ocrotire a sănătății publice etc.

Unii autori (N.S. Usaciov) apreciază gradul de activism medical după următorii indici: alimentația, fumatul, comportarea omului în caz de boală, respectarea normelor igienice, nivelul cunoştințelor medicale ş.a. Alții adaugă şi asemenea factori ca: activismul fizic, consumul alcoolului, adresarea la timp după ajutor medical, respectarea regulilor securității muncii, existența traumatismelor ş.a.

Aceste şi alte manifestări ale activismului medical depind de nivelul de cultură generală, de gradul de instruire, de orientarea psihologică a omului, de condițiile lui de viață, de starea ocrotirii sănătății etc.

Studierea mortalității perinatale a demonstrat că ea depinde de oportunitatea şi frecvența vizitelor gravidelor la medicul ginecolog. Când numărul de vizite era 6 şi mai mult mortalitatea perinatală alcătuia 8 cazuri la 100 de naşteri, iar în cazul când gravidele se prezentau mai rar pentru consultare acest indice atingea 20%, adică era de 2,5 ori mai mare.

Ameliorarea factorilor modului de viață şi în primul rând sporirea activismului medical, constituie strategia de bază a ocrotirii sănătății în toate țările.

Directorul general adjunct al OMS M. Adbelmen menționează că „...în ultimele decenii îmbunătățirea sănătății publice în țările dezvoltate se datorează nu intervențiilor medicale, ci măsurilor întreprinse pentru combaterea deprinderilor dăunătoare şi stimulării modului sănătos de viață".

Noi am amintit deja că în prezent, în condițiile unei din ce în ce mai moderne şi adaptate infrastructuri medicale, în continuu progres privind asistența şi cercetarea ştiințifică, s-a neglijat unul dintre instrumentele cele mai eficace, care îi dă posibilitate individului să-şi poată exercita dreptul la sănătate – educația sanitară.

Informarea publicului rămâne elementul esențial pentru crearea acelei motivații profunde, fără de care ar fi iluzoriu să-l credem pe om dispus să-şi schimbe actualul mod de viață. Căci în toate bolile a căror cauză e greu de identificat, prevenirea primară nu este decât un vis frumos: nu există, deocamdată, posibilitatea de a combate un inamic pe care nu-l cunoaştem.

Pentru a convinge un om că este posibil să-şi controleze starea sănătății şi să prevină efectele bolii este nevoie, pe de o parte, de „un profesor", care ştie ce şi cum să vorbească, şi de „un elev", dispus să-l asculte şi care simte nevoia de a fi instruit şi ajutat. Principiile de protecție trebuie să fie observate şi aplicate zilnic, în zilele bune şi în zilele rele, ceea ce nu toți oamenii înțeleg sau acceptă.

Sănătatea nu este o construcție individuală. Ea nu este un dar. Ea reprezintă o cucerire dificilă ce trebuie făcută sau supravegheată permanent, întreaga viață, dominând boala, evitând, suprimând sau coexistând cu ea.

Pentru promovarea ocrotirii sănătății omului sănătos despre care s-a amintit în legătură cu apariția concepției de sanalogie, afară de popularizarea sanitară bine

organizată, este nevoie de un număr cât mai mare de aliaţi ai medicilor, oameni care sunt egal responsabili şi beneficiari ai stării proprii de sănătate, precum şi ai sănătăţii celorlalţi. Acestor oameni, care respectă conştient cerinţele sanitare, trebuie să li se ofere toate instrumentele necesare de informare şi instruire în problemele sănătăţii.

Contrar aliaţilor, care prin exemplul comportamentului lor participă la popularizarea modului sănătos de viaţă, există indivizi care nu admit nevoia de schimbare a modului de viaţă, de a se supune unei discipline consimţite (care apără sănătatea şi viaţa). Ei aderă la tot ce le face plăcere (plăceri „orale": mâncare, băutură, tutun), unii preferă „să trăiască mai puţin fără să renunţe la nimic". Aceştia sunt consideraţi de semenii lor drept inconştienţi, iraţionali, nechibzuiţi, lipsiţi de voinţă sau, uneori, sinucigaşi. Din punct de vedere medical, comportându-se – în negarea şi negativismul lor – ca şi cum viaţa lor nu valorează nimic, se întrevede: fie o negare psihopatică a realităţii; fie o componentă de infantilism psihic.

Cum să-l denumim pe cel care, informat corect – deci instruit – bravează boala sau consecinţele acesteia, cu un amestec de trufie, orgoliu, îngâmfare, vrând să dovedească că este „mai tare", că este superior bolii, că poate trăi cum vrea, că sfaturile primite nu sunt valabile pentru el sau sunt bune pentru alţii?

Practica realizării diverselor programe de sănătate cu caracter teritorial bazate pe principiile profilaxiei primare din cauza nivelului scăzut de cultură sanitară, care dă naştere nihilismului şi negativismului sanitar despre care tocmai s-a vorbit, nu totdeauna se bucură de succes, iar popularizarea modului sănătos de viaţă rămâne veşnica problemă actuală, care ne priveşte pe fiecare şi pe toţi.

CAPITOLUL 2

EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

2.1. DEFINIȚIE, SCOPURI, FUNCȚIILE ȘI OBIECTIVELE EPS

Definiție. **Educația pentru sănătate (EPS)** este o ramură a sănătății publice care studiază nivelul de cultură sanitară (cunoștințe, deprinderi, atitudini, comportamente) al diferitor grupuri de populație, precum și mijloacele și procedurile educaționale necesare formării și dezvoltării unui comportament sanogen, igienic. Privită astfel, educația pentru sănătate reprezintă o importantă metodă de acțiune în asigurarea sănătății populației și a medicinei omului sănătos, constituind totodată o parte integră a ansamblului acțiunilor educaționale adresate populației.

Educația pentru sănătate are următoarele scopuri:

- ridicarea nivelului de cunoștințe medicale al populației în principal în domeniul sanogenezei, protecției mediului și prevenției bolilor;
- formarea și dezvoltarea unor deprinderi corecte care să promoveze sănătatea;
- crearea unei poziții active față de sănătatea individuală și față de problemele sănătății publice, în sensul atragerii și capacității maselor la participarea activă în realizarea consolidării sănătății.

Până în anii 1994–1995 în Republica Moldova s-a folosit termenul iluminare (educație) sanitară, noțiune utilizată pentru transmiterea unor informații legate în special de deprinderi igienice. Începând cu anii 1996–1997, se încearcă trecerea la un concept mai cuprinzător și anume, educația pentru sănătate (*tabelul 71*).

Tabelul 71

Diferențele dintre iluminarea (educația) sanitară tradițională și educația pentru sănătate contemporană

Iluminarea sanitară	Educația pentru sănătate
Atitudinea aprescriptivă, uneori culpabilizată și manipulatoare	Nici un comportament nu este lipsit de sens
Prioritate acordată prevenirii îmbolnăvirilor și dobândirii unor principii igienice	Promovarea unui stil de viață sănătos
Activități punctuale, neorganizate	Abordare integrată, coordonată și progresivă
Prevenirea primară, secundară și terțiară - folosite numai ca niște concepte medicalizate și individualizate	Prioritatea prevenirii în cadrul unei concepții globale
Individul e considerat pasiv (determinare externă) și rațional	Individul e considerat activ (autonomie) și nerațional
Strategie directă (cunoștințe)	Strategie indirectă (motivare)

În Constituția Organizației Mondiale a Sănătății (elaborată în anul 1948) se menționează că „O opinie publică bine informată și o cooperare activă a maselor sunt de o importanță capitală pentru îmbunătățirea sănătății populației".

Creşterea interesului unor largi pături de populație pentru cunoaşterea mijloacelor de apărare și păstrare a sănătății este o realitate încurajatoare, constituind în același timp o premisă pentru elaborarea unor programe de acțiuni cultural-sanitare adresate tuturor categoriilor de populație.

Obiectul de bază al educației pentru sănătate constă în formarea și dezvoltarea în rândul populației, începând de la vârstele cele mai fragede, a unei concepții și a unui comportament igienic, sanogen, în scopul apărării sănătății, dezvoltării armonioase și fortificării organismului, a adaptării lui la condițiile mediului ambiant, natural și social, precum și în scopul participării active a populației la opera de asigurare a sănătății publice. În acest sens este necesară formarea unei opinii de masă, fundamentată științific, față de igiena individuală și colectivă, față de alimentație, îmbrăcăminte, muncă și odihnă, față de utilizarea rațională a timpului liber și a factorilor naturali de călire a organismului, față de evitarea factorilor de risc, precum și față de modul de solicitare a asistenței medicale și a diferitelor mijloace de investigație și tratament. A modifica un comportament nociv pentru sănătate sau, mai bine zis, a învăța comportamente care-i sunt favorabile – acesta este obiectul educației pentru sănătate.

Dreptul la educație reprezintă un drept fundamental al omului. Filozoful Kant spunea că „educația este cea mai grea problemă dată spre rezolvare omului".

Educația pentru sănătate a populației, componentă a educației permanente, are rolul ca pe baza unei acțiuni complexe informative și formative, utilizând mijloacele comunicării și alte metode educaționale, să contribuie la crearea de modele cultural-sanitare, menite să formeze o opinie și o concepție științifică în problemele sănătății și bolii, care să direcționeze comportamentul fiecărui individ. „Dacă boala ucide oamenii, spunea Juan Bosch-Martin, lipsa de cultură este aceea care face să crească pericolul morții, iar educația este acea care poate salva":

Educația pentru sănătate intervine, în forme speciale, în toate cele 4 compartimente principale ale medicinei:

a. Medicina sanogenică (medicina omului sănătos);
b. Medicina profilactică (preventivă) – profilaxia primară;
c. Medicina curativă (clinică) – profilaxia secundară;
d. Medicina de recuperare și reabilitare – profilaxia terțiară (metafilaxia).

Educația pentru sănătate are mai multe laturi:

1. *latura cognitivă*, care constă în comunicarea și însușirea de noi cunoștințe necesare apărării și menținerii sănătății;
2. *latura motivațională (psihologică),* care constă în convingerea populației privind necesitatea prevenirii și combaterii bolilor, precum și a dezvoltării armonioase a organismului printr-un stil de viață sanogen și respectarea regulilor de sanogeneză;
3. *latura comportamental-volițională (formativă),* care constă în însușirea deprinderilor și obișnuințelor sanogene, cu aplicarea lor în practica cotidiană.

În cadrul activității de educație pentru sănătate pe primul plan stau elementele formative, deoarece „educația nu constă în a învăța pe cineva ce anume trebuie să gândească, ci a-i forma modul în care el trebuie să învețe a gândi" (UNESCO).

În acest sens, deosebit de edificator este un proverb chinez care spune că „ceea ce aud uit aproape întotdeauna; ceea ce fac nu uit niciodată". De aici rezultă importanța, în cadrul educației pentru sănătate, a demonstrărilor practice, față de metodele auditive și vizuale.

Educația cuprinde deci trei domenii:

- domeniul cognitiv: „a ști";
- domeniul psiho-motor: „a ști să faci";
- domeniul afectiv: „a ști să fii".

Cultura sanitară, produs al educației pentru sănătate, se integrează în conceptul mai larg de cultură generală și – având o sferă foarte largă și un conținut foarte bogat – include o serie de componente, reprezentând: cunoștințele, opiniile, interesele și atitudinile; deprinderile, obișnuințele, comportamentul și conștiința; obiceiurile, tradițiile, prejudecățile și superstițiile; concepțiile și practicile populației în domeniul sănătății (după I. Dorobanțu) (*figura 81*).

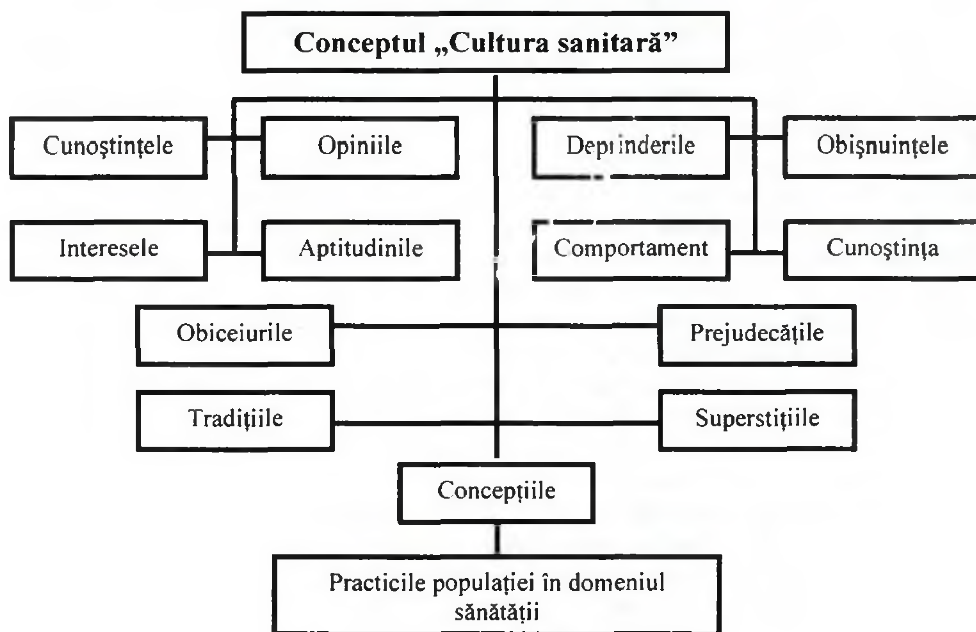


Figura 81. **Conceptul „cultura sanitară"**

Funcția sanogenă are ca scop optimizarea sănătății individuale și comunitare, pentru atingerea idealului de sănătate. Ea se adresează populației sănătoase, constituind o parte componentă majoră a medicinei omului sănătos (sanologia). Funcția sanogenică vizează, așadar, populația sănătoasă, educația profilându-se, în virtutea acestei funcții, ca o componentă a medicinei omului sănătos, al cărui obiectiv principal este promovarea sănătății populației sănătoase, optimizarea sănătății sănătosului.

În acest scop, funcția sanogenică are în vedere măsuri educaționale ferme – adresate diferențiat organismului uman și ambientului – măsuri apte să creeze un

mediu de viață sanogen și să influențeze individul și comunitatea spre adoptarea și integrarea în sistemul propriu de valori a unui comportament sanogenic, a unor conduite favorabile sănătății, a unui mod de trai superior (*figura 82*).

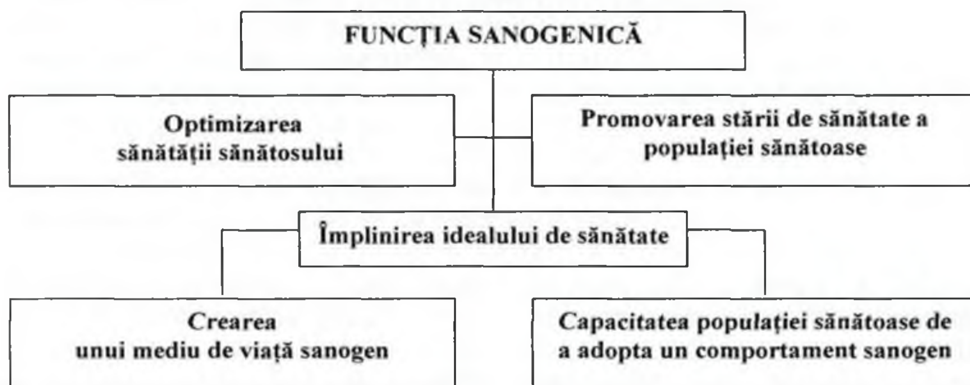


Figura 82. **Funcția sanogenică a educației pentru sănătate**

Funcția preventivă (profilactică) este tot atât de complexă ca și cea sanogenică și vizează atingerea, prin intermediul educației pentru sănătate, a obiectivelor prevenției primare, secundare și terțiare (metafilaxie, recuperare) (figura 83).

FUNCȚIA PREVENTIVĂ (profilactică)

Obiectivele profilaxiei primare: Anularea/atenuarea efectelor nocive ale factorilor de risc

Obiectivele profilaxiei secundare: Surprinderea bolii în formele inițiale subclinice. Recuperarea biologică

Funcția populației sănătoase și a persoanelor în situație de risc de a adera la măsurile de profilaxie primară

Funcția profilactică secundară. Determinarea diferitelor categorii de bolnavi cronici de a adera la măsurile de profilaxie secundară prin parcurgerea întregului proces recuperator

Obiectivele profilaxiei terțiare: Recuperarea. Reîncadrarea profesională. Reintegrarea socială

Funcția profilactică terțiară: Cultivarea încrederii convalescentului în posibilitatea reinserției în ansamblul condițiilor de mediu fizic, profesional, social-temporar abandonate din cauza bolii și capacitatea de a adera la profilaxia terțiară

Figura 83. **Funcția preventivă (profilactică) a educației pentru sănătate**

Obiectivele esenţiale ale profilaxiei primare constau în eliminarea factorilor de risc comportamentali sau în anularea ori atenuarea efectelor nocive ale celorlalte categorii de factori de risc, urmărind, în final, prevenirea îmbolnăvirilor. Derivând din aceste obiective, funcţia preventivă primară (profilactică) a educaţiei pentru sănătate vizează „capacitatea populaţiei sănătoase şi a persoanelor în situaţia de risc de a adera la măsurile de profilaxie primară". Importanţa acestei funcţii este fondată pe interrelaţia dintre educaţie şi profilaxia primară, care nu s-ar putea realiza dacă măsurile statale n-ar cunoaşte factorii de risc şi n-ar aplica măsurile de combatere a lor, ceea ce implică acţiuni educaţionale ferme, cu largă audienţă.

Obiectivele profilaxiei secundare rezidă în surprinderea bolii în formele iniţiale, subclinice sau în stările potenţiale când tratamentul este salutar, urmărind în final recuperarea biologică a bolnavului. Derivând din aceste obiective, funcţia profilactică secundară a educaţiei pentru sănătate constă în „determinarea diferitor categorii de bolnavi cronici de a adera la măsurile de profilaxie secundară, prin adoptarea conduitei terapeutice prescrise (inclusiv igienico-dietetice) şi parcurgerea întregului proces recuperator, până la deplina restabilire":

Obiectivele profilaxiei terţiare constau în recuperarea, reîncadrarea profesională şi reintegrarea socială, pe scurt, reinserţia în ansamblul condiţiilor de mediu – fizic, profesional, social – temporar abandonate din cauza bolii. Drept urmare, funcţia preventivă terţiară a educaţiei pentru sănătate vizează „cultivarea încrederii bolnavului convalescent în posibilitatea recuperării integrale şi în capacitatea acestuia de a adera la măsurile de profilaxie terţiară". Importanţa acestei funcţii derivă din valoarea tonusului neuro-psihic al convalescentului ca factor terapeutic şi restituţional, consacrarea integrală muncii şi societăţii fiind frecvent condiţionată de încrederea fostului bolnav în posibilitatea reluării activităţii iniţiale sau prestării unei munci similare (*figura 84*).

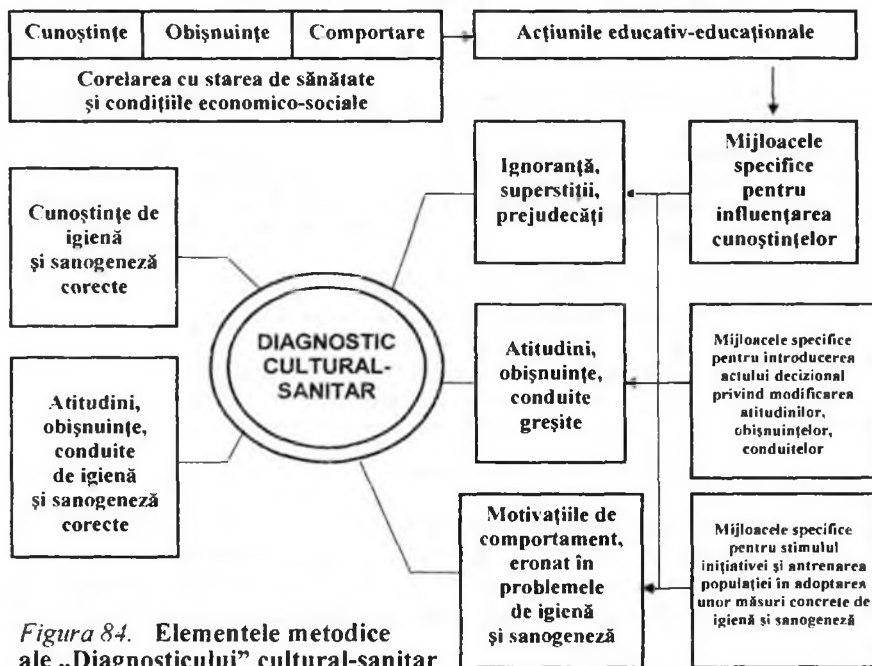


Figura 84. **Elementele metodice ale „Diagnosticului" cultural-sanitar**

2.2. FORMELE ŞI MIJLOACELE DE INSTRUIRE ŞI EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE

Formele şi mijloacele de instruire şi educaţie pentru sănătate sunt foarte numeroase şi pot fi clasificate în baza mai multor criterii. În mod obişnuit este utilizată clasificarea în funcţie de calea de transmitere, de comunicare a mesajului educaţional, criteriu pe baza căruia ele pot fi împărţite în următoarele categorii (*figura 85*):

1. forme auditive (orale);
2. tipărituri;
3. forme imagistice (vizuale);
4. forme audio-vizuale;
5. forme complexe.

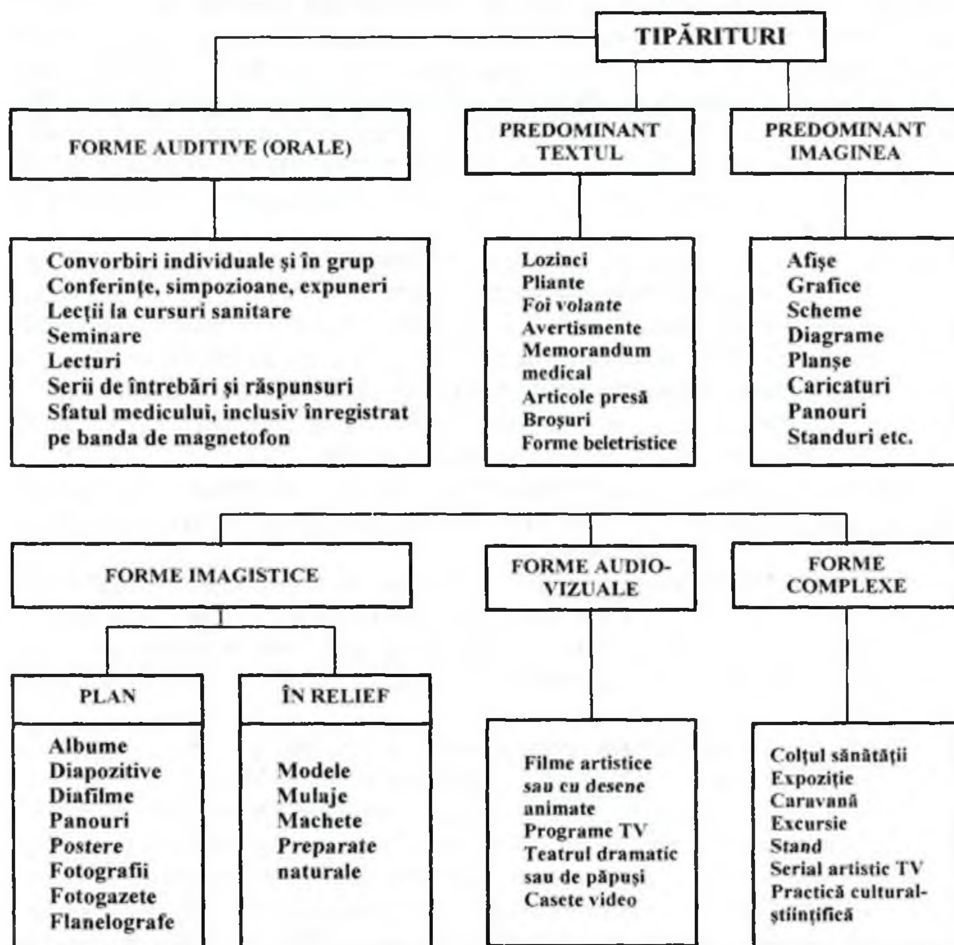


Figura 85. **Activitatea educaţională pentru sănătate. Metode şi forme**

După criteriul adresabilităţii, deosebim: mijloace individuale, de grup (microgrup) şi mijloace de comunicare în masă (mass-media). Tematica diferă foarte mult de la o formă la alta, fiind strict particularizată la formele individuale, mai largă la

formele de grup şi foarte largă la formele de comunicare în masă. Dacă formele individuale şi de grup abordează tematici specifice, adaptate strict caracteristicilor persoanelor cărora li se adresează mesajul educaţional, în formele de masă, de largă informare, adresate întregii populaţii, se abordează unele teme de interes personal.

În practica activităţilor educativ-sanitare pot fi utilizate o multitudine de forme şi mijloace. Chiar pentru aceeaşi acţiune medicală (de ex. organizarea unei acţiuni de dispensarizare) pot fi utilizate mai multe forme şi metode (conferinţe, convorbiri în grup, lecţii, proiecţii de filme ş.a.).

Educaţia pentru sănătate se poate diferenţia după mediul social (urban, rural), după vârsta şi sexul participanţilor, după tipul de colectivitate (şcoală, grădiniţă de copii, întreprindere, şantier, instituţie, cămin de nefamilişti, cultură, cartier, domiciliu), după nivelul de instruire şi interesele educativ-sanitare ale beneficiarilor. După categoria de persoane cărora li se adresează formele educaţionale, mai deosebim educaţia pentru sănătate a persoanelor sănătoase şi cea a diferitor categorii de bolnavi (de boli acute sau cronice, infecţioase sau neinfecţioase). Educaţia persoanelor sănătoase utilizează, de regulă, mijloacele informării largi a populaţiei prin forme de masă, precum şi instruirea diferenţiată a unor grupe populaţionale, categorii profesionale sau formaţiuni sanitare. În cadrul acestei forme, deosebim educaţia pentru sănătate în învăţământul preşcolar, şcolar şi universitar, educaţia muncitorilor la locul de muncă ş.a.

Familia constituie un factor esenţial în asigurarea şi promovarea sănătăţii; de aceea ea trebuie corect informată asupra problematicii sănătăţii, pentru a încorpora aceste informaţii în sistemele de valori şi a le utiliza în comportamentul ei general. Fiecărei familii îi sunt proprii o serie de practici şi de atitudini faţă de sănătate, de care fiecare membru este puternic influenţat în cursul întregii sale existenţe.

Nivelul de cultură şi instruire al părinţilor are o mare importanţă şi influenţă asupra modelării caracterului copilului, în formarea lui pentru viaţă şi societate. De asemenea, relaţiile dintre părinţi, climatul familial au o însemnătate covârşitoare pentru dezvoltarea somatică şi neuropsihică a copilului, pentru formarea lui ca om şi cetăţean.

Presa, radioul, televiziunea şi celelalte mijloace de comunicare în masă joacă astăzi un rol esenţial în modelarea unei gândiri şi a unei conştiinţe civice favorabile activităţilor medicale preventive. Deosebit de utile sunt articolele, notele şi interviurile în care se abordează probleme educativ-sanitare în cadrul unor ziare sau reviste.

În ceea ce priveşte educaţia pentru sănătate prin radiou şi televiziune, menţionăm emisiunile de tipul: „Sănătatea", „Sfatul medicului", „Medicina pentru toţi" etc. În unele ţări se utilizează, cu mare eficienţă, serialele TV cu subiecte privind sănătatea omului şi a familiei, rolurile fiind interpretate de cei mai populari actori.

Rolul instituţiilor şi al personalului medico-sanitar în cadrul educaţiei pentru sănătate este deosebit de important, acestea integrându-se organic în activitatea medicală de zi cu zi. De altfel, conform ordinului nr. 225 din 23.09.1999 al Ministerului Sănătăţii din Moldova, privind activitatea educativ-sanitară de serviciu, fiecare medic are obligaţia de a presta nu mai puţin de 6 ore lunar, prin forme organizate, de educaţie pentru sănătate. În acest sens, merită a fi reamintite cuvintele lui Nicolae Iorga, care arată în 1937 că „educaţia sanitară singură ar face mai mult decât spitalele împreună".

Pentru realizarea unor acţiuni educativ-sanitare eficiente este necesar din partea educatorului sanitar, a medicului, farmacistului sau cadrului mediu o bună pregătire teoretică şi practică, pricepere, receptivitate, continuitate, pasiune, persuasiune, simţ psiho-pedagogic, subtilitate, mobilitate în gândire, comprehensiune, imaginaţie, putere de convingere, capacitate de discernământ în alegerea tematicii, utilizarea unor metodologii ştiinţifice. Pedagogia medicală este arta de a transmite cunoştinţe, de a forma deprinderi şi obişnuinţe sanogene; reprezintă o ştiinţă, şi nu improvizaţie.

Fiecare medic, fiecare unitate sanitară trebuie să-şi formeze colective-ajutoare în cadrul populaţiei căreia îi asigură asistenţa medicală. Pentru sporirea eficienţei unor forme educativ-sanitare, acestea pot fi realizate şi de cetăţeni instruiţi în prealabil. Este indicată utilizarea unor exemple concrete din cadrul comunităţii respective, prezentându-se unele greşeli mai frecvente privind atitudinea faţă de sănătate şi în care acestea pot fi corectate.

Pentru transpunerea în viaţă a dictonului „Cine spune medic, spune educator" (P. Delore), trebuie acordată o importanţă deosebită pregătirii studenţilor-medici, ca viitori educatori pentru sănătate, pregătire care trebuie începută încă din primii ani de studii, prin readaptarea structurii procesului instructiv-educativ în sensul punerii în contact a studentului în medicină şi farmacie, ca şi a elevului de la liceul sau de la colegiul medical, cu problematica socială concretă a viitoarei sale profesii.

Schema organizării conducerii activităţii educativ-sanitare se prezintă, în Republica Moldova, în felul următor:

1. Forul de conducere a asigurării sănătăţii pe plan naţional – Ministerul Sănătăţii – constituie factorul de decizie, având componenta îndrumării şi controlului întregii activităţi de educaţie pentru sănătate. Dirijarea sistemului de educaţie pentru sănătate se efectuează de către Ministerul Sănătăţii prin intermediul Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, iar la nivel teritorial – prin intermediul Centrelor de medicină Preventivă din teritoriu.

2. Secţiile de educaţie pentru sănătate, de asemenea şi cabinetele de educaţie pentru sănătate ale centrelor de medicină preventivă – constituie foruri organizatorice, metodologice şi tehnice care acordă asistenţă de specialitate tuturor celor interesaţi (medicali şi nemedicali), asigură producţia de tipărituri şi filme şi efectuează nemijlocit unele forme de educaţie pentru sănătate adresate direct populaţiei.

3. Unităţile de prestaţie (instituţiile din reţeaua medico-sanitară) asigură, ca organe efectoare, educaţia pentru sănătate a populaţiei sănătoase şi bolnave, în incinta lor sau în teritoriul arondat.

4. Organismele de colaborare (organe statale, organizaţii obşteşti etc.) îşi aduc contribuţia, prin forme şi mijloace specifice, la realizarea acţiunilor de educaţie pentru sănătate, conform profilului lor.

În domeniul sănătăţii, cu toate că repetarea acţiunii poate asigura întărirea şi, deci formarea comportamentului sanogen, rezultatele favorabile ale modului de a acţiona nu se manifestă imediat. Rezultatele activităţii educaţionale se observă în timp, în mod lent. Se consideră, pe bună dreptate, că acţiunile educativ-sanitare reprezintă adevărate „investigaţii în timp". În concepţia OMS educaţia pentru sănătate este „o armă cu bătaie lungă". Numai prin înţelegerea acestui adevăr, poate fi evaluată în mod corect eficienţa acţiunilor educativ-sanitare.

Scopul final al educației pentru sănătate este reprezentat de îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Evaluarea eficienței acțiunilor educativ-sanitare poate fi făcută pe plan cognitiv (prin metoda interviului sau chestionarului) și pe plan comportamental (prin metoda observației și anchetei). Au fost stabilite unele relații cuantificabile (numerice) între acțiunile întreprinse și efectele lor asupra unor metode de biostatistică. În concepția modernă, educația pentru sănătate este considerată cea mai ieftină formă de asistență medicală.

Totuşi, educația pentru sănătate este încă lipsită de locul și considerația pe care le merită, fiind o adevărată „cenușăreasă" a medicinei. Deşi s-ar părea că în ceea ce privește rolul educației pentru sănătate, această importantă armă profilactică, toate problemele ei sunt elucidate și nu ar fi loc pentru discuții și controverse, în realitate rezervele acestei importante arme din penoplia mijloacelor de apărare a sănătății sunt numai parțial și incomplet valorificate. Există medici care ignoră, iar alții care efectuează formal, educația pentru sănătate, nereuşind să convingă populația, atât timp cât nu sunt ei înșiși convinși. Însă, printre factorii care împiedică valorificarea deplină a metodelor și formelor educativ-sanitare sunt și unii care țin de populație. De exemplu, mulți oameni se consideră sănătoși, fiind în realitate aparent sănătoși sau încă sănătoși. Combaterea acestei concepții eronate constituie o sarcină importantă a educației pentru sănătate.

Strategia principală, pe care ar trebui să acționeze serviciile de sănătate și cele educaționale pentru a avea rezultate bune, pe termen scurt și lung, privind îmbunătățirea stării de sănătate a populației, este educația pentru sănătate.

Ca sistem care include conștiința stării de sănătate, procesul de predare / învățare și participarea, educația pentru sănătate are ca scop creșterea nivelului de cunoștințe medicale ale populației în domeniul sanogenezei, protecției mediului și prevenirii bolilor; formarea și dezvoltarea unor deprinderi corecte care să promoveze sănătatea, precum și crearea unei poziții active față de sănătatea individuală și de problemele sănătății publice, în sensul atragerii și capacității maselor la participarea activă în vederea realizării și consolidării sănătății.

După Ch.Gernez-Rieux și M.Gervois, educația pentru sănătate îndeplinește trei roluri, în funcție de scopul urmărit:

- preventiv – temele de educație conținând elemente de instrucție a populației pentru prevenirea îmbolnăvirilor;
- constructiv – de realizare a adeziunii opiniei publice în favoarea sănătății;
- curativ – pentru educația și convingerea pacienților de a urma prescripțiile medicale.

Educația pentru sănătate, la fel ca în celelalte ramuri ale culturii, trebuie să dețină un fond material, fizic, care să stea la baza cuvântului cu rol educativ, ea având viabilitate doar atunci când exprimarea teoretică este susținută de un material adecvat cu caracter educativ și cu aplicabilitate practică.

Educația pentru sănătate implică, obligatoriu, cunoașterea și aplicarea continuă a tehnicilor de comunicare, ca element fundamental.

Datorită faptului că în cadrul comunicării există doi poli: educatorul (cel care transmite informația) și ascultătorul (receptorul sau cel care primește informația), în activitățile de comunicare cei doi poli trebuie să aibă flexibilitatea de a schimba permanent rolurile, adică și educatorul trebuie să știe să asculte. El trebuie să ac-

cepte sentimentele altor persoane, să ştie cum să stimuleze discuţia pentru a avea loc un dialog cu individul sau convorbirea cu grupul mic de indivizi, ţinând cont, permanent, de comunicaţia nonverbală, care, uneori, poate fi mai eficientă şi utilă decât cea verbală.

În practica medicală, foarte frecvent educaţia pentru sănătate se realizează în grupuri mici, în care comunicarea este mai adecvată nevoilor de formare.

Aceste grupuri pot fi: omogene (cel mai eficace) sau neomogene.

În cadrul transmiterii informaţiei active în grupul de lucru sunt uzual utilizate o serie de tehnici în educaţia pentru sănătate:

- „tehnica brainwriting" – fiecare persoană îşi exprimă în scris ideile în ceea ce priveşte nevoile educative într-o problemă definită, după care ideile consemnate se triază şi se aduc la cunoştinţa grupului;
- „tehnica grupului nominal" – fiecare membru al grupului îşi exprimă părerile în legătură cu o problemă, iar educatorul grupează ideile comune.

2.3. TIPURILE DE EDUCAŢIE PENTRU SĂNĂTATE

Există trei tipuri de educaţie pentru sănătate: formală, nonformală şi comportamentală:

1. **educaţia pentru sănătate formală** este rezultatul unui proces planificat de transmitere de experienţe, cunoştinţe, ce vizează toată populaţia (socializarea secundară a individului), necesită efort de predare-învăţare şi educatori;
2. **educaţia pentru sănătate nonformală** vizează componentele din conduita individului care se formează prin experienţă sau imitaţie (socializarea primară a individului); nu necesită efort cu caracter de educaţie, de transmitere a cunoştinţelor; este realizată de familie şi comunitate;
3. **educaţie pentru sănătate comportamentală** cuprinde educaţia pentru sănătate conform normelor sociale şi educaţia pentru dezvoltarea sănătăţii publice şi promovarea comportamentelor favorabile sănătăţii, principalele obiective educaţionale vizând dezvoltarea cunoştinţelor, aptitudinilor, atitudinilor şi a convingerilor ce vizează sănătatea.

Principiile educaţiei pentru sănătate sunt:

1. al **priorităţii** – cu cât începuturile educaţiei pentru sănătate sunt mai timpurii cu atât rezultatele în starea de sănătate a populaţiei sunt mai bune;
2. al **specificităţii şi autorităţii** – se consideră că educaţia făcută de persoane specializate are impact mai mare asupra comportamentului sanogenetic;
3. al **integrării** educaţiei pentru sănătate în obiectivele politicii social-sanitare a statului.

Conform altor autori (L. Vulcu) principiile în educaţia pentru sănătate sunt următoarele:

a) principiul **cultural-ştiinţific** – educaţia pentru sănătate reprezintă o componentă a fondului cultural general şi a ştiinţelor medicale;
b) principul **optimizării** – educaţia pentru sănătate, fiind integrată actului medical necesită adaptarea individului la combaterea stresului bolii;
c) principul **de influenţare** a individului şi grupului în schimbarea comportamentului spre un cadru sanogen;

d) principiul **educației continue** – atât în ceea ce privește un program de instrucție legiferată și stratificat pe etapele instrucției generale și de consolidare a cunoștințelor, cât și în ceea ce privește necesitatea aducerii informației la actualitatea noilor maladii ce apar pe plan mondial, sau în situația recrudescenței unor stări morbide anterioare;
e) principiul **de grup** – din punctul de vedere al specificului grupului căruia i se adresează;
f) principiul **de informație și instrucție teoretică** și **de aplicabilitate practică** prin demonstrații;
g) caracterul de **investiție** cu repercusiuni benefice pentru societate.

Cerințele educației pentru sănătate sunt:

- largă accesibilitate;
- orientarea (spre prevenție) profilactică;
- participarea activă a populației la apărarea propriei sănătăți;
- caracterul optimist;
- caracterul convingător;
- exprimarea accesibilă;
- caracterul științific;
- tematica adecvată auditoriului.

Abordările posibile și direcțiile de orientare în educația pentru sănătate sunt următoarele:

1. abordarea medicală – medicul urmărește la pacient formarea unor atitudini, comportamente, conforme cu principiile sale pentru sănătate;
2. abordarea educațională – se transmit cunoștințe asupra unor comportamente favorabile sau defavorabile sănătății, iar cel care primește informațiile este liber să aleagă și să facă ceea ce dorește (facilitează adoptarea unor decizii comportamentale, nu impune un anumit comportament);
3. abordarea orientată spre individ (personalizare) – profesionistul (educatorul) explică persoanelor care doresc să știe și să ia o anumită decizie;
4. abordarea ce necesită o schimbare socială – medicul transmite cunoștințe, individul înțelege, dar societatea nu-i favorizează schimbarea sau alegerea comportamentului.

Direcțiile de orientare a educației pentru sănătate se referă la:

- dezvoltarea educației pentru sănătatea familiei;
- antrenarea populației în activități privind asanarea mediului fizic extern și evitarea poluării;
- extinderea și modernizarea educației pentru sănătate în scopul evitării îmbolnăvirilor profesionale;
- încurajarea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor transmisibile, cu accent pe bolile sociale (tuberculoza, bolile venerice, HIV/SIDA);
- susținerea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor cronice;
- intensificarea educației pentru sănătate în problemele de prevenire a accidentelor și instruirea populației în ceea ce privește acordarea primului ajutor;
- propagarea cunoștințelor pentru îngrijirea elementară a bolnavilor, pentru respectarea indicatorilor de regim igieno-dietetic în vederea refacerii sănătății,

- popularizarea sistemului de asigurare de servicii medicale pentru populație;
- dezvoltarea interesului pentru practicarea sportului și pentru folosirea factorilor naturali în scopul călirii și întăririi organismului și a creșterii duratei medii de viață;
- dezvoltarea răspunderii pentru sănătatea proprie, familială și colectivă.

Abordarea oricărei direcții din cele de mai sus impune respectarea unei anumite conduite fără de care atingerea obiectivelor de bază ale educației pentru sănătate rămâne un simplu deziderat.

Metodele de educație pentru sănătate sunt:

*1. **Metode de cercetare*** – scopul cercetării fiind acela de a afla nivelul de educație pentru sănătate, înainte și după o campanie de informare, ca modalitate de control al eficienței acțiunii.

Metodele de cercetare pot fi:

a) Cantitative:
- analiza datelor statistice existente,
- anchete prin chestionar.

b) calitative – metode rapide (R.A.P.):
- observația (directă sau participativă),
- interviul (semistructurat, anamneza, în grup),
- conversația (individuală, „focus grup").

Anchetele sunt utile și în alegerea canalelor de comunicație, care sunt preferate de grupurile-țintă și care au cea mai mare audiență.

*2. **Metode de acțiune*** – sensibilizarea populației și penetrarea informației.

a) sensibilizarea – se adresează unor mase largi de populație într-un interval scurt de timp și are ca scop creșterea receptivității populației asupra unor probleme de sănătate. Substratul acțiunii este informativ, fără să se asume responsabilitatea modului în care oamenii se decid să folosească informațiile transmise. Sensibilizarea pregătește terenul unor acțiuni ulterioare și se poate realiza prin mai multe modalități: postere, filme scurte, conferințe, sloganuri etc. Temele abordate sunt probleme de sănătate publică, precum: afecțiuni sezoniere (viroze), epidemii, tuberculoza, sifilisul, SIDA etc.;

b) penetrarea informației – continuă sensibilizarea pe un interval de timp mai lung și se adresează unei populații-țintă. În acest caz se are în vedere, pe lângă informare, educarea și consilierea populației sau individului în vederea schimbării stilului de viață;

c) să desfășoare voluntar o activitate de educație pentru sănătate: cadre didactice, sociologi, psihologi etc.

Mijloacele de educație pentru sănătate – se referă la modalitățile de transmitere a mesajului de la comunicator la receptor.

După calea de transmitere ele pot fi clasificate astfel:

a) mijloace auditive: convorbirea educativ-sanitară (individuală, în grup, în grup cu decizii), lecția, conferința, emisiunea radiofonică.

Convorbirea – constă dintr-o scurtă expunere a educatorului urmată de întrebări și răspunsuri asupra temei propuse, prin aceasta urmărindu-se explicarea unor probleme puțin cunoscute sau neclare. Ea poate fi:

• individuală – la inițiativa educatorului sau a persoanei interesate, având ca loc de desfăşurare cabinetul medical, cabinete cu activitate specifică de consiliere sau la domiciliu, în cadrul vizitelor efectuate periodic sau la solicitarea pacientului;

• în cadrul grupului – educatorul dialoghează cu participanții sau aceştia dialoghează între ei; grupele pot fi dintre cele mai variate: bolnavi cu aceeaşi afecțiune, persoane cu aceleaşi preocupări la locul de muncă, tineri, vârstnici, femei, bărbați etc.

Lecția – constă în transmiterea după un plan bine stabilit a unor cunoştințe igienico-sanitare. Se foloseşte de preferință în unități de învățământ (dar poate fi folosită şi pentru alte grupuri) şi se desfăşoară după următoarea structură:

- recapitularea cunoştințelor din lecția precedentă (5-10 minute);
- expunerea noilor cunoştințe (30-40 minute);
- recapitularea şi fixarea cunoştințelor (5-10 minute).

Conferința – se cunosc mai multe varietăți:

• conferințe educativ-sanitare propriu-zise, organizate în săli publice şi axate pe diverse teme medicale;

• cicluri de conferințe, ce constau în expuneri „în serial" cu abordarea aceleiaşi probleme medicale în mai multe etape succesive;

• simpozion educativ-sanitar în care expunerea este făcută de mai mulți medici;

• seară cultural-sanitară, axată pe o temă de sănătate publică, la care pot conferenția şi alți specialişti (nu numai medici), finalizarea acțiunii făcându-se printr-un program artistic sau prin alte manifestări culturale;

• cursuri diferențiate pe categorii de bolnavi: sfatul medicului diferențiat şi individualizat (indicații privind regimul igieno-dietetic, tratamentul medicamentos, îngrijirea corectă a bolnavului); convorbiri pe teme de dietetică; consultație profilactică pe grupuri omogene de bolnavi.

Etapele planificării şi evaluării educației pentru sănătate *(figura 86):*

1. identificarea şi caracterizarea consumatorilor;
2. identificarea nevoilor şi ierarhizarea lor;
3. formularea de scopuri şi obiective strategice teoretice;
4. identificarea resurselor pentru formarea comportamentului favorabil sănătății;
5. elaborarea conținutului şi alegerea metodelor de folosit;
6. acțiunea propriu-zisă de influențare, de formare de atitudini, comportamente;
7. evaluarea rezultatelor procesului: continuă, imediată, de etapă, terminală.

Răspunderile promotorilor de sănătate:

- să fie informați, să fie la curent cu noile descoperiri în domeniu;
- să fie îndrăzneți, să-şi depăşească propriile slăbiciuni şi prejudecăți;
- să fie expliciți, că nu deruteze oamenii folosind un limbaj ambiguu;
- să evite stereotipia şi blamarea, mai ales dacă este vorba de o afecțiune transmisibilă;
- să-şi concentreze eforturile pentru a schimba comportamentul în gândurile-țintă;
- să activeze pe un front larg – promotorii de sănătate trebuie să înțeleagă motivele care-i fac pe oameni să continue să se poarte la fel, dăunând propriei sănătăți, găsind alternative acceptabile şi apoi furnizând resursele şi sprijinul necesar pentru acceptarea alternativelor.

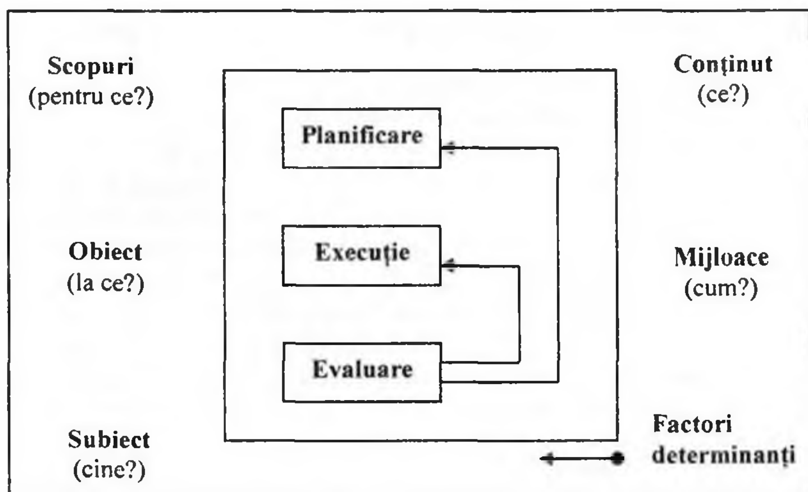


Figura 86. **Etapele implementării unui program de educaţie pentru sănătate**

Comandamentele în structura unei politici a educaţiei pentru sănătate

Educaţia pentru sănătate este o componentă a politicii de educaţie generală şi sanitară şi a politicii de sănătate. Ea trebuie să fie integrată instrucţiei generale cu utilizarea tuturor metodelor şi mijloacelor de educaţie.

Formele şi mijloacele utilizate în prezent ca educaţie generală de sănătate, cât şi cele folosite pentru anumite secvenţe ale statusului temporar pentru unele grupe de risc (căsătorie, graviditate, maternitate, pentru unele afecţiuni dominante, pentru vârsta a treia etc.) sunt, de asemenea, componente ale educaţiei generale, încadrându-se, aşa cum se desfăşoară, într-un regim de specializare, dar necesită a fi organizate pe un fond de cunoştinţe asimilate în sistemul instrucţiei generale de cultură.

Mesajul educativ general trebuie bine conceptualizat şi executat (nu numai de către profesioniştii sănătăţii) pentru deprinderea obiceiurilor sanogene în trebuie neapărat grefat pe un material demonstrativ existent.

Educaţia pentru sănătate se încadrează în conceptele de echitate pentru toate grupele de populaţie şi accentul trebuie pus pe grupele periferice, condiţie realizabilă numai prin cuprinderea ei în sistemul instrucţiei generale naţionale, făcând parte din politica generală, globală, de dezvoltare.

Baza unei educaţii pentru sănătate trebuie susţinută prin voinţa politică în sensul că ea nu este în primul rând o sarcină a profesioniştilor din sănătate, şi că ea este reprezentată de sistemul de educaţie generală şi permanentă, adresându-se formării generale pentru viaţă a copilului, adolescentului, adultului şi vârstnicului. Profesioniştii sănătăţii trebuie să fie consideraţi participanţi de profil ai societăţii în elaborarea conţinutului special al instituţiei generale şi mentori ai „specializării" populaţiei deja formate prin sistemul naţional de educaţie.

În prezent este momentul evoluţiei societăţii prin schimbarea tradiţionalismului reprezentat de „acţiunile şi activităţile" de educaţie sanitară cu un sistem de educaţie pentru sănătate, parte integrantă a educaţiei generale naţionale.

2.4. ORGANIZAREA ACTIVITĂŢII EDUCATIV-SANITARE

Forul cel mai înalt care coordonează, organizează, supraveghează şi îndrumă activitatea de promovare a sănătăţii este Ministerul Sănătăţii.

La nivelul fiecărui raion, în cadrul Centrului de Medicină Preventivă funcţionează câte un Laborator de Promovare a Sănătăţii şi Educaţie pentru Sănătate, care are ca obiectiv prioritar promovarea sănătăţii în raionul respectiv. Aceste laboratoare au responsabilitatea coordonării activităţii de educaţie pentru sănătate, folosind metode şi mijloace specifice educaţiei. Ele sunt într-un contact permanent cu persoanele care şi-au asumat responsabilitatea desfăşurării activităţii de educaţie pentru sănătate la diverse niveluri, cu mass-media şi direct cu populaţia căreia îi este adresată şi destinată această activitate. De asemenea, acestor laboratoare le revine responsabilitatea de a forma şi instrui educatori care vor desfăşura o activitate de educaţie pentru sănătate în rândul populaţiei.

Formarea de educatori.

Programul de instruire include următoarele elemente:

- Instructajul reprezintă un proces de trezire a interesului, vizând clarificarea propriilor cunoştinţe şi norme (ale participanţilor) despre tema abordată.
- În timpul instructajului are loc reflecţia asupra stilului de predare propriu fiecăruia dintre participanţi.
- Scopul instructajului e de a-l ajuta pe participant să ajungă la formularea unor convingeri decisive, să-şi ridice nivelul cunoştinţelor.
- Instructajul, de asemenea, trebuie să-l ajute pe participant să poată transmite mai departe şi să aplice în practică ceea ce a învăţat şi experimentat în timpul cursului.

Durata cursurilor şi caracterul:

- cursuri de câteva zile sau săptămâni;
- cursuri cu caracter deschis sau închis.

Elementele de metodologie ale unui program de instruire:

- Instructajul reprezintă un proces de stârnire a interesului, vizând clarificarea propriilor cunoştinţe şi norme (ale particularităţilor) privind tema abordată.
- În timpul instructajului are loc reflecţia asupra stilului de predare propriu fiecăruia dintre participanţi.
- Instructajul caută să-l ajute pe participant să ajungă la formularea unor convingeri decisive, să-şi ridice nivelul cunoştinţelor.
- De asemenea, trebuie să-l ajute pe participant să poată transmite mai departe şi să aplice în practică ceea ce a învăţat şi experimentat în timpul cursului.

Durata cursurilor şi caracterul:

- cursuri de câteva zile sau săptămâni;
- cursuri cu caracter deschis sau închis.

Tehnici utilizate:

- stabilirea unor reguli ce vor fi respectate în timpul cursului (timp de lucru, fumat etc.);
- discuţia în grup;
- lucrul pe subgrupuri.

Profilul instructorilor la sfârşitul cursului:

- Să posede aptitudini de predare şi un bagaj de cunoştinţe în domeniu.
- Să fie flexibili în variantele de predare.

- Să fie capabili de comunicare.
- Să aibă o atitudine pozitivă față de tema respectivă.
- Să fie în stare să-i reorienteze pe alții.
- Să fie în stare să primească și să transmită feed-back
- Să fie capabili să lucreze împreună cu alți instructori.

Pregătirea și prezentarea unei sesiuni de predare

Planificarea subiectelor va include:

a) scopul cursului – să fie menționat corect;
b) grupul-țintă;
c) organizarea cursului: numărul sesiunilor, durata sesiunilor, metode de expunere, așteptările participanților la curs;
d) conținutul cursului – trebuie definite obiectivele specifice pentru fiecare sesiune.

Strategiile de predare eficientă vor include:

- scopul și obiectivele clare ale sesiunii de predare;
- planificarea și pregătirea;
- structurarea sesiunii de predare;
- ritmul alert;
- respectarea orarului impus;
- organizarea sălii;
- coordonarea eficientă a activităților;
- atmosfera relaxată dar în același timp ordonată și coerentă;
- instructorul trebuie să fie conștient de nivelul de înțelegere al grupului și de nevoile individuale;
- expuneri și explicații clare;
- implicarea permanentă și activă a participanților la desfășurarea sesiunii.

Aptitudinile de predare vor include:

- claritatea prezentării;
- urmărirea și supravegherea indirectă a predării;
- predarea directă;
- folosirea vocii (intonație, tonalitate etc.);
- strategia întrebărilor.

Planificarea unei lecții tactice:

a) Obiectivul central – ce urmează să învețe cursanții?
b) Introducere:
    - evidențierea scopului principal al lecției;
    - recapitularea lecției anterioare, dacă este cazul.
c) Faza I – prezentarea conținutului inițial, în care, de obicei, profesorul vorbește, iar cursantul ascultă.
d) Faza a II-a – schimbarea activității:
    - lucrul de grupe;
    - exerciții individuale;
    - exerciții cu mai multe variante;
    - rezolvarea problemelor etc.
e) Faza a III-a – răspunsul cursanților la faza a II-a și întrebări, dacă este cazul;
f) Faza a IV-a – concluzii:
    - clarificări;
    - sesiuni viitoare (anunțate, programate).

PROBLEMELE MEDICO – SOCIALE ALE UMANITĂȚII

CAPITOLUL 3

BOLILE CARDIOVASCULARE

3.1. ASPECTE DE EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVĂ

Maladiile cardiovasculare cuprind un mare număr de boli prezente în toate teritoriile de pe Glob, iar morbiditatea înaltă în rândul populației are, în general, tendință de creștere (unele din ele cu caracter lent epidemic). Principala cauză a deceselor o constituie bolile aparatului circulator. În țările dezvoltate economic, bolile cardiovasculare (BCV) dețin jumătate, uneori și mai mult, din totalul deceselor și constituie – în tabloul general al mortalității – cea mai frecventă cauză de deces. Numărul victimelor acestor maladii este mai mare decât cel provocat de tumorile maligne, accidente și bolile infecțioase luate la un loc.

Implicațiile bolilor cardiovasculare interesează colectivitatea, familia și individul prin multiplele sale aspecte sociale, economice, demografice și familiale. Prin numărul mare al pierderilor de vieți omenești, mai ales al celor premature, BCV influențează cel mai mult reducerea duratei medii a vieții. Anii de viață pierduți din cauza lor în diverse țări variază între 4 și 11, mai frecvent afectând bărbații. Îmbolnăvirile grave în vârsta școlară determină întreruperea sau prelungirea duratei de instruire generală și profesională, la maturi ele cauzează absenteism în producție, iar cca 1/3 din cazuri se agravează cu incapacitate permanentă de muncă. BCV reprezintă 10–20% din numărul consultațiilor în instituțiile medico-sanitare publice de medicină primară și internările în spitale. În Suedia, cheltuielile pentru asistența medicală acordată bolnavilor cu patologii cardiovasculare constituie 2,5% din venitul național, iar invaliditatea și decesele lor reduc venitul național cu încă 1,5%.

Întrucât factorii de mediu joacă un rol important în declanșarea și evoluția acestor boli, apariția lor poate fi prevenită, iar incidența – redusă prin modificarea mediului și corectarea atitudinii personale față de sănătate; însă aceste măsuri profilactice de mare eficiență sunt dificile pentru a fi realizate în practică.

Pentru studierea diverselor aspecte ale morbidității cardiovasculare este strict necesar de a folosi Clasificația internațională a maladiilor (CIM) publicate de OMS.

Această clasă de boli se deosebește prin câteva particularități de distribuție și prin tendința de creștere a morbidității în structura patologiilor pe care le cuprinde.

După cum s-a menționat mai sus, parțial sau în totalitatea lor, bolile cardiovasculare se întâlnesc pe tot Globul. Cele de natură infecțioasă (reumatismul ar-

ticular acut şi cardiopatiile reumatismale) – mai frecvente în teritoriile în curs de dezvoltare – sunt în scădere pe teritoriile dezvoltate economic, în timp ce bolile cu origine neinfecţioasă – cu o etiologie multifactorială – înregistrează frecvenţă importantă şi în creştere în ultimele decenii, mai ales în ţările dezvoltate.

Patologia cardiovasculară afectează persoane de ambele sexe în toate vârstele, dar în mod diferit: anomaliile congenitale sunt mai frecvente în primii 5 ani de viaţă, boala reumatismală – ce afectează preponderent cordul – are frecvenţa mai mare între 5 şi 30 de ani, iar după 30 de ani – tabloul acestei clase de boli este dominat de hipertensiunea arterială (HTA), cardiopatia ischemică (CI) şi ateroscleroză, a căror frecvenţă creşte odată cu vârsta, având în acelaşi timp tendinţă de întinerire.

Rezultatele anchetărilor medicale şi calculele bazate pe estimări indică o prevalenţă de 200 de bolnavi cu maladii cardiovasculare la 1 000 de locuitori pe Glob, nivelul acesteia variind între 25% în SUA şi 50% în alte ţări. Deci, rezultă că 15% din populaţia teritoriilor dezvoltate economic suferă de patologie cardiovasculară. În Republica Moldova, în structura morbidităţii generale a populaţiei adulte, bolile cardiovasculare ocupă locul II (12,3–15,2%), iar la persoanele mai în vârstă de 60 de ani – locul I (28,5–37,6%). Cote majore ale incidenţei şi prevalenţei înregistrează respectiv: boala hipertensivă – 25,2 şi 24,8; cardiopatia ischemică – 23.0 şi 14,3; afecţiunile cerebrovasculare – 20,5 şi 8,6; angor pectoral – 4,6 şi 5,5; infarctul miocardic – 4,1 şi 0,5%. În dinamică se constată o creştere a incidenţei prin boala hipertonică, prin diverse forme de maladie ischemică, în special infarct miocardic, stenocardie şi maladii cerebrovasculare, precum şi prin diferite îmbinări ale acestora.

Rezultatele cercetării BCV în Republica Moldova au confirmat că nivelul maladiilor cardiovasculare este influenţat de diverşi factori medico-sociali.

Tabelul 72

Răspândirea bolilor cardiovasculare după datele adresabilităţii şi examenului medical complex la populaţia Republicii Moldova (la 1 000 de locuitori)

Denumirea maladiilor	Localitatea	După datele adresării în instituţiile medicale		Examene medicale	
		bărbaţi	femei	bărbaţi	femei
Sumarul bolilor cardiovasculare	Urbană	35	56	216	263
	Rurală	25	43	135	248
Inclusiv, boala hipertonică	Urbană	9	14	40	47
	Rurală	6	9	28	63

Prin urmare, în frecvenţa răspândirii BCV s-au evidenţiat următoarele legităţi: a) frecvenţa răspândirii BCV este mai mare după datele examenului medical; b) de BCV mai des suferă femeile; c) frecvenţa BCV este mai mare în localitatea urbană. Aceste legităţi sunt confirmate prin datele adresării bolnavilor în instituţiile medico-sanitare publice (IMSP), cât şi de rezultatele examenului medical al populaţiei rurale şi urbane din Republica Moldova (*tabelul 72*).

În a. 2006 nivelul patologiei cardiovasculare în Republica Moldova a constituit: incidenţa – 242,9 şi prevalenţa 921,4‰, care variază în funcţie de vârstă şi localitate (*tabelul 73*).

Tabelul 73

RATA MORBIDITĂŢII GENERALE PRIN BOLI CARDIOVASCULARE LA POPULAŢIA REPUBLICII MOLDOVA după vârstă şi localitate (la 10 000 de locuitori)

Localitatea	Incidenţa			Prevalenţa		
	total	adulţi	copii	total	adulţi	copii
Municipii	185,1	220,6	38,6	845,4	1028,7	89,0
Raioane	254,2	327,1	34,7	898,1	1164,2	97,2
R. Moldova	242,9	306,7	35,5	921,4	1175,6	95,8

Mortalitatea prin boli cardiovasculare a crescut pretutindeni, niveluri sporite observându-se în asemenea ţări, ca Islanda, Grecia, Ungaria, Germania, Japonia, Australia şi SUA. Indicatorii cei mai înalţi se înregistrează în România, Rusia şi alte ţări. Cota deceselor de BCV constituie (%): media pe 50 de ţări ale Globului – 50, CSI – 55 şi Republica Moldova – 57% din structura mortalităţii generale. De BCV 62,3% din bolnavi decedează la domiciliu.

În structura invalidităţii primare a populaţiei din Republica Moldova BCV prezintă 21% cu tendinţă spre majorare.

Despre importanţa medico-socială a bolilor cardiovasculare denotă şi cota de 30,8% a asistenţei medicale solicitate de către pacienţii în cauză din totalul chemărilor anuale (*tabelul 74*).

Tabelul 74

COTA CHEMĂRILOR ÎN CAZ DE BOLI CARDIOVASCULARE (%)

Sexul	Vârsta, ani			
	40 - 49	50 - 59	Peste 60	Total
Bărbaţi	29,6	33,3	47,5	23,2
Femei	28,3	50,8	60,9	34,3
Ambele sexe	28,8	44,8	57,3	30,8

Medicamentele pentru tratamentul bolilor cardiovasculare ocupă unul din primele locuri în producţia şi consumul general.

În România, după datele înregistrate în activitatea curentă a serviciilor medicale ambulatorii, în situaţia inexistenţei unei declarări nominale a acestor boli, rezultă că anual se înregistrează la populaţie, după vârsta de 20 de ani, o incidenţă de 4 000 de cazuri noi la 100 000 de locuitori, cu niveluri mai mari la sexul feminin şi printre locuitorii din localităţile urbane.

În toate ţările europene repartizarea pe vârste a nivelului mortalităţii prin BCV are aceleaşi caracteristici (la 100 000 loc.): la primul an de viaţă 5-15, cele mai scăzute niveluri se atestă între 5-14 ani, iar de la 35 de ani nivelurile mortalităţii cresc odată cu vârsta, înregistrând valorile cele mai mari (între 690 şi 940‱) la vârstele peste 75 de ani.

Nivelul mortalităţii prin boli ale aparatului circulator variază în zona nordică a Globului după ţări şi sexe. În ţările avansate economic, cardiopatiile ischemice dau

ponderea cea mai mare de decese, cu excepţia Franţei, Spaniei, Iugoslaviei. Bulgariei, Greciei şi României, în care primul loc îl deţin bolile cerebrovasculare. După aceasta, locul III îl ocupă boala hipertensivă cu niveluri mari în România, Ungaria, Germania. În Republica Moldova şi celelalte ţări din CSI primul loc în structura mortalităţii prin maladiile aparatului circulator îl ocupă cardiopatiile ischemice (52,9%), locul II – boala hipertensivă (23,6%) şi locul III – maladiile vasculare cerebrale (19,1%).

În toate ţările, cardiopatiile ischemice dau niveluri de mortalitate mai mari la sexul masculin, iar boala hipertensivă şi afecţiunile vasculare cerebrale dau niveluri mai mari la sexul feminin. Morbiditatea şi mortalitatea sunt mai mari la vârstele active şi pe teritoriile dezvoltate economic. În ţările în curs de dezvoltare nivelurile mordibităţii şi mortalităţii încep să crească odată cu adoptarea aceluiaşi mod de viaţă şi pe măsura determinării la timp a diagnosticului.

Până în prezent au fost identificate mai mult de 40 de factori de risc ai BCV care sunt apreciaţi în trei grupe de factori de risc. Ei participă în apariţia şi menţinerea bolilor cardiovasculare în populaţie (*tabelul 75*).

Tabelul 75

CLASIFICAREA FACTORILOR DE RISC AI BCV (3 grupe)

	I. Biologici
1	Factorii genetici
2	Factorii de sex- mai des la bărbaţi
3	Factorii de vârstă – tendinţa spre întinerire
4	Factori constituţional – predispunere către BCV
5	Factorii de rasă - unele etnii prezintă o incidenţă mai mare
6	Grupa de sânge – unii autori confirmă, iar alţii neagă corelaţia dintre grupele de sânge şi morbiditatea de ateroscleroză
	II. Patologici
1	Reumatism poliarticular acut
2	Bolile transmisibile
3	Focare de infecţii
4	Diabetul
5	Boli cronice ale organelor respiratorii
6	Hipertensiunea arterială
7	Hipercolesterolemia
8	Obezitatea
	III. Mediul ambiant
1	Supraalimentaţia
2	Inactivitatea fizică (sedentarismul)
3	Tabagismul
4	Alcoolul
5	Cafeaua
6	Stresul
7	Oligoelementele (hipo- sau hiperconcentraţia diverselor elemente chimice din organism)

Dintre aceştia mai importanţi sunt următorii:supraalimentaţia, obezitatea, sedentarismul, hipercolesterolemia, hipertensiunea arterială, stresurile psiho-emoţionale, deprinderile dăunătoare (fumatul, consumul abuziv de cafea, alcool) şi dezechilibrul dintre oligoelemente. Cei mai mulţi dintre factori aparţin mediului şi modului de viaţă şi sunt prodroame ale bolilor cardiovasculare. Aceşti factori de risc, fiind acceptaţi de la vârstele tinere, îşi potenţează acţiunea prin asociere şi pe măsura înaintării în vârstă. Din acest punct de vedere studiul de la Framminghaem pe 7 958 de persoane între 25 şi 54 de ani este ilustrativ: odată cu înaintarea în vârstă proporţia persoanelor fără factori de risc scade, iar a celor cu mai mulţi factori de risc creşte (*tabelul 76*).

Tabelul 76

PREZENŢA FACTORILOR DE RISC PE GRUPE DE VÂRSTĂ ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE

Specificare	Grupele de vârstă						
	20- 24	25 - 29	30 - 34	35- 39	40 - 44	45 - 49	50- 54
Persoane examinate :	360	1347	1531	1008	1247	1505	962
Fără factori de risc %	53,8	42,4	34,9	29,0	21,3	17,4	16.8
Cu 1 factor de risc,%	36,4	38,6	39,7	40,0	37,0	33,0	34,6
Cu 2 factori de risc, %	8,1	14,9	18,6	20,0	27,0	27,8	31,8
Cu 3 factori de risc, %	1,7	4,1	6,8	10,4	14,6	14,6	18,8

a) Alimentaţia neraţională (supraalimentaţia) este confirmată din ce în ce în mai multe studii şi se datorează consumului sporit de grăsimi (peste 1/3 din raţia calorică zilnică), care conţin 40–50% acizi graşi saturaţi şi hidrocarbonaţi rafinaţi, precum şi măriri nejustificate ale raţiei alimentare cu 1 000 – 1 500 calorii/zi faţă de 2–3 generaţii anterioare şi acestea în condiţiile de eforturi fizice mai reduse în viaţă zilnică şi în activitatea ocupaţională (prin introducerea mecanizării şi automatizării), asociate cu lipsa practicării în masă a sportului şi deci un mare sedentarism.

Un alt factor de risc legat de alimentaţie este consumul sării de bucătărie. Cei care o folosesc în cantităţi mici se îmbolnăvesc de hipertensiune arterială într-o proporţie de 0,7 %, spre deosebire de cei care adaugă sare în bucate – 6,8% şi cei care adaugă sare fără să probeze bucatele –10,5%.

Organismul uman, adaptat până acum la o alimentaţie moderată, nu a avut încă timp să se adapteze la o nouă situaţie: supraalimentaţia asociată cu alte două condiţii nefavorabile: sedentarismul şi nepracticarea exerciţiilor fizice. Soluţia pentru sănătate este renunţarea la aceste riscuri, ţinând cont de factorii de protecţie: alimentaţie echilibrată, fără exces de acizi graşi saturaţi, limitarea sării de bucătărie şi practicarea sportului.

b) Obezitatea – consecinţă a supraalimentaţiei, sedentarismului şi nepracticării curente a sportului – asociate sau nu cu tulburări metabolice – omul zilelor noastre are (în medie) la 55 de ani un plus de greutate de 20% faţă de cât avea la 20 de ani, ceea ce dublează riscul pentru infarct miocardic.

Rațiile alimentare echilibrate cu un conținut de calorii apropiat de condițiile bazale, chiar și în cazul unui efort fizic mai redus, favorizează creșterea longevității.

c) Sedentarismul (hipodinamia). Efortul fizic mai redus, din activitățile curente și din cele ocupaționale, precum și mersul mai puțin pe jos – însoțit de supraalimentație și obezitate – favorizează obișnuința sedentarismului și majorarea nivelului incidenței bolilor cardiovasculare. În republica noastră în ultimii 30 de ani deplasarea persoanelor cu trenul a crescut de 2,1 ori, iar cu autobuzele de 4,4 ori, la care se adaugă și creșterea deplasării cu autoturismele personale, chiar pentru distanțe foarte scurte. Toate acestea au favorizat reducerea mersului pe jos.

d) Hipercolesterolemia. Studiile în populație au demonstrat că hipercolesterolemia se întâlnește mai ales în alimentația bogată în acizi grași saturați și cea care conține carbohidrați rafinați (ce nu sunt consumați prin eforturi fizice). Frecvența persoanelor cu niveluri ridicate ale acestora favorizează creșterea incidenței prin boli cardiovasculare. Este dovedită relația directă dintre creșterea odată cu vârsta a incidenței aterosclerozei și a cardiopatiei ischemice și prezența factorilor de risc menționați.

e) Hepertensiunea arterială – condiționată (apariția și întreținerea ei) de numeroși factori de risc, ea însăși condiționează alte boli cardiovasculare (cardiopatia ischemică și accidentele vasculare cerebrale). La persoanele cu niveluri ridicate de hipertensiune se întâlnește frecvent cardiopatia ischemică, după cum în populațiile cu niveluri joase de tensiune arterială (Bolivia, Peru) cardiopatia este mai rar întâlnită. La persoanele peste 40–50 de ani hipertensiunea arterială este frecvent asociată cu obezitatea.

f) Stresurile psihoemoționale, de diferite intensități și durate, sunt din ce în ce mai frecvente în viața de familie, în traiul din centrul populat și în activitatea ocupațională: stări de tensiune psihonervoasă în relațiile cu alte persoane, insatisfacții datorită situațiilor din familie sau de la locul de muncă ori decalajului inexplicabil dintre ceea ce crede că ar putea fi și ceea ce este, surmenajul ca urmare a unui regim neechilibrat de viață etc. Toate acestea, în diferite asociații, sunt cauze ce favorizează hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, accidentele vasculare cerebrale.

g) Deprinderile dăunătoare sănătății (tutunul, cafeaua, alcoolul). Nivelul consumului de tutun, cafea, alcool crește în toată lumea, iar în teritoriile dezvoltate începe și este mai exagerat de la vârste mai tinere și la ambele sexe. Fumatul, recunoscut ca factor de risc și în alte boli (cancer bronhopulmonar etc.), prin nicotina inhalată, produce creșterea titrului de catecolamine și adezivitatea plachetelor sangvine. Riscul fumatului pentru cardiopatia ischemică este în relație directă cu numărul țigărilor fumate pe zi și cu durata în ani a practicării lui. Renunțarea la fumat reduce în scurt timp spre zero riscul pentru cardiopatia ischemică.

Consumul de cafea majorează riscul coronarian, în principal prin descărcarea de catecolamine. În multe țări această deprindere a pătruns și în colectivitățile rurale. Corelația dintre factorii de risc și apariția BCV este confirmată de informația prezentată în *tabelul 77.*

Tabelul 77

PONDEREA FACTORILOR DE RISC ÎN BOLI CARDIOVASCULARE LA BĂRBAŢI ŞI FEMEI (%)

Sexul	Hipertonia arterială	Hiper-colesterolemia	Fumatul	Obezitatea	Hipodinamia
Bărbaţi	26,1	11,9	44,2	16,3	9,7
Femei	23,0	9,0	2,7	33,0	14,7

Cel mai mare pericol dintre factorii de risc pentru bolile cardiovasculare la bărbaţi îl prezintă fumatul şi hipertensiunea arterială, iar la femei obezitatea şi hipertensiunea arterială. Totodată, fumatul de la o vârstă fragedă favorizează apariţia hipertensiunii arteriale. Efectele negative ale ambilor factori de risc se măresc paralel cu vârsta (*tabelul 78*).

Tabelul 78

RĂSPÂNDIREA HIPERTENSIUNII ARTERIALE ŞI A FUMATULUI PRINTRE ŞCOLARI (%)

Vârsta (ani)	Hipertensiunea arterială	Fumatul
13	5,7	7,8
14	6,6	30,6
15	7,7	36,7
16	8,5	41,2

Deci, creşterea numărului de fumători determină o sporire a cotei copiilor suferinzi de hipertensiune arterială, care, având o evoluţie gravă, se depistează şi se tratează prin mare efort cu eficacitate minoră în această perioadă de vârstă.

Concluzie: răspândirea bolilor cardiovasculare este favorizată de următorii factori de risc: suprasolicitarea nervoasă şi psihică la anumite genuri de activitate; hipodinamia; supraalimentaţia şi alimentaţia neraţională; obezitatea; hipercolesterolemia; hipertensiunea arterială; deprinderile dăunătoare sănătăţii; creşterea urbanizării; consumul sporit de sare de bucătărie; factorii ereditari etc.

3.2. PREVENIREA BOLILOR CARDIOVASCULARE ŞI ASISTENŢA MEDICALĂ BOLNAVILOR

Prevenirea bolilor cardiovasculare în populaţie şi asistenţa medicală bolnavilor cuprind acţiuni şi activităţi generale şi medicale elaborate şi înscrise într-un program teritorial special. El are la bază măsuri profilactice şi activităţi medicale care vor asigura reducerea factorilor de risc şi minimizarea gravităţii bolii şi este conceput să angajeze toate sectoarele vieţii social-economice, toate tipurile de unităţi medicale şi, în primul rând, cele specializate.

Pe plan mondial, OMS a elaborat un nou program pe termen lung, care vizează, în principal, integrarea măsurilor de prevenire şi combatere a următoarelor BCV: mai important în serviciul medical, HTA, ischemia cardiacă şi cerebrală,

cardiomiopatiile, cordul pulmonar cronic, bolile vasculare periferice şi anomaliile congenitale cardiovasculare.

Programul de prevenire şi combatere a BCV

Acest program este o parte integrală din programul general de sănătate a colectivităţii teritoriale sau ocupaţionale. Întreaga acţiune cuprinde: elaborarea, aplicarea şi evaluarea măsurilor profilactice.

A. *Elaborarea programului*

1) Cunoaşterea următoarelor aspecte:

– situaţia social-economică a colectivităţii;

– morbiditatea şi mortalitatea pe boli cardiovasculare(nivelul şi tendinţele);

– morbiditatea şi mortalitatea cardiovasculară (pe boli, grupe de vârstă, sexe, ocupaţii, subteritorii) în ultimii ani;

– identificarea în populaţie a persoanelor sau grupurilor expuse la risc majorat cardiovascular şi a persoanelor care pot face mai uşor boala (persoane cu alte boli, gravide etc.);

– riscurile de îmbolnăvire cardiovasculară şi nivelul lor în populaţie:

– nivelul cunoştinţelor populaţiei despre BCV şi despre evitarea factorilor de risc existenţi;

– posibilităţile financiare, de serviciu şi cadre medicale în vederea aplicării unui program de prevenire şi combatere a acestor boli.

2) Stabilirea principalelor obiective profilactice şi de asistenţă medicală în bolile cardiovasculare:

– limitarea acţiunii factorilor de risc (în special în grupurile de populaţie cu risc crescut) în mediul de viaţă şi de muncă;

– promovarea şi dezvoltarea factorilor de protecţie: alimentaţie raţională, practicarea sportului, deprinderi sănătoase de viaţă şi de muncă, obişnuirea cu reactivitatea scăzută faţă de evenimentele stresante (din familie, din profesie şi din viaţa zilnică), evitarea riscurilor de îmbolnăvire (mai ales la persoanele expuse riscurilor de îmbolnăvire), convingerea persoanelor să nu însuşească sau să renunţe la obiceiuri dăunătoare sănătăţii cardiovasculare etc. Educaţia pentru sănătate cardiovasculară vizează factorii de risc şi de protecţie, adresându-se colectivităţilor de tineri, grupelor de persoane expuse riscurilor, familiei şi individului pentru obţinerea cooperării acestora;

– depistarea activă, tratamentul complet, corect şi dispensarizarea celor suferinzi de diabet, obezitate, tulburări de metabolism lipidic, bronşită cronică, astm bronşic, emfizem pulmonar, HTA, cardiopatii ischemice, cardiopatii reumatismale, cord pulmonar etc. Depistarea activă se va realiza prin examenele medicale: la intrarea într-o colectivitate, pentru căsătorie, la începutul sarcinii, la examenele medicale periodice etc.;

– dispensarizarea persoanelor cu risc cardiovascular şi a bolnavilor;

– asigurarea asistenţei medicale ambulatorii şi spitaliceşti cu medicamente pentru formele acute şi cronice ale BCV, în cadrul sistemului teritorial de instituţii medico-sanitare publice (IMSP) (cu stabilirea sarcinilor, a competenţelor pentru

fiecare şi a legăturilor funcţionale între unităţi). Acestea trebuie să realizeze integrarea verticală a acţiunilor de prevenire şi asistenţă medicală cardiovasculară în întreg sistemul de unităţi medico-sanitare publice din teritoriul dat (spital, policlinică, dispensare şi ambulatorii teritoriale etc.);

– recuperarea bolnavilor cardiovasculari necesită: stabilirea fazelor bolii şi a bolnavilor care pot beneficia, formarea echipelor, educaţia bolnavilor pentru a coopera, organizarea de servicii medicale adecvate (ambulatorii, spitaliceşti).

Dintre BCV, HTA – prin posibilităţile de măsurare a evoluţiei TA – oferă cele mai multe posibilităţi de reducere a răspândirii bolii în populaţie.

Se elaborează un program pe termen lung care se propune spre dezbatere în consiliul popular (în organismul de conducere al întreprinderii), se stabilesc sarcini concrete şi cu termen pentru fiecare compartiment al vieţii social-economice (întreprinderi, instituţii, şcoli, cămin cultural, ferme, organizaţii de masă, servicii medicale).

Măsurile ce privesc serviciile medicale şi de sănătate din teritoriu trebuie analizate şi prezentate în 2–3 variante, în funcţie de posibilităţile financiare, de cadre şi de instituţii; se adoptă varianta optimă (sub aspect tehnic şi economic) atât pentru programul de scurt termen, cât şi pentru cel de termen lung.

B. ***Aplicarea programului de prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare:***

– se începe imediat după aprobarea lui;
– pe parcurs sunt posibile şi utile ameliorări ale programului;
– serviciul medical teritorial coordonează desfăşurarea aplicării programului.

C. ***Evaluarea continuă a programului:***

Evaluarea necesită înregistrarea sistematică şi completă:

– a îndeplinirii măsurilor ce revin celorlalte compartimente;

– a morbidităţii (incidenţă, prevalenţă, incapacitate de muncă) şi mortalităţii prin maladii cardiovasculare;

– întocmirea de registre după sistemul OMS: pentru hipertensiunea arterială, inclusiv pentru hipertensivii potenţiali, pentru persoane cu risc de a face cardiopatie ischemică sau accidente vasculare cerebrale sau pentru: supraponderali, sedentari, cu nivel ridicat de colesterol seric, cu stresuri psihoemoţionale frecvente sau de lungă durată etc.; registrul pentru o boală aduce informaţii utile când se întocmeşte pentru o populaţie teritorială (comună, oraş) sau pentru o colectivitate ocupaţională (întreprindere, şantier, instituţie);

– a activităţilor şi cheltuielilor serviciilor medicale (depistări, consultaţii, tratamente, spitalizări etc.) pentru BCV;

– a factorilor cu risc cardiovascular (distribuţie, intensitate);

– a rezultatelor educaţiei pentru sănătate a populaţiei.

Periodic se informează conducerea organelor locale şi a întreprinderilor privind rezultatele de etapă,(inclusiv cheltuielile făcute şi financiare ce le implică).

Programul de prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare trebuie să favorizeze îmbunătăţirea stării de sănătate a colectivităţii.

3.3. ORGANIZAREA SERVICIULUI CARDIOLOGIC

Asistenţa medicală bolnavilor de profil cardiologic în Republica Moldova este acordată într-o reţea de instituţii medicale şi subunităţi specializate în cardiologie (IMSP, secţii şi cabinete), dirijate din punct de vedere ştiinţific, organizatoric şi metodic de Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Cardiologie (ICŞC).

Prima verigă a reţelei şi cea mai importantă în Republica Moldova este ICŞC. În componenţa lui activează secţii clinice de diagnostic şi profilaxie, laboratoare clinice şi de profilaxie utilate modern. Acest institut dispune de specialişti calificaţi şi este folosit ca bază clinică a Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu". Aici se fac investigaţii în toate problemele ştiinţifice ce ţin de domeniul cardiologiei, se acordă asistenţă cardiologică calificată de ambulatoriu şi staţionar, se realizează măsuri de profilaxie şi combatere a BCV.

Centrele consultative raionale şi municipale – ***veriga a II-a a reţelei*** – acordă asistenţă cardiologică în diagnosticarea şi tratamentul bolnavilor în condiţii de staţionar, ambulatoriu, organizează efectuarea măsurilor pentru depistarea precoce, tratarea, profilaxia şi combaterea BCV. În centrele consultative raionale şi municipale se acordă asistenţă consultativ-metodică şi organizatorică instituţiilor cardiologice teritoriale.

A treia verigă a reţelei serviciului cardiologic o constituie instituţiile medico-sanitare publice locale de profil cardiologic: secţiile cardiologice din staţionare, cabinetele cardiologice din centrele consultative de asistenţă medicală primară, brigăzile cardiologice ale staţiei medicale de urgenţă.

Medicul cabinetului cardiologic permanent consultă medicii de familie, dirijează examinarea în masă a populaţiei cu scop de depistare precoce a BCV. Acest contingent de medici determină calitatea şi eficacitatea profilaxiei bolilor cardiovasculare din acele considerente că ei mai bine cunosc condiţiile de muncă, de trai şi pot evidenţia uşor factorii care favorizează apariţia bolilor cardiovasculare. Pe această bază ei pot elabora planuri individuale de profilaxie, combatere şi tratament al bolilor în cauză.

O importanţă deosebită în tratamentul BCV o prezintă asistenţa balneo-sanatorială, mai cu seamă în recuperarea bolnavilor cu infarct miocardic etc. Tratamentul balneo-sanatorial se prescrie imediat după cel efectuat în staţionar, favorizând reabilitarea medicală, fizică, psihică, profesională etc.

Profilaxia primară şi secundară se efectuează cu succes în preventoriile sanatoriale organizate pe lângă fabrici, uzine, instituţii, organizaţii etc. Aici sunt create condiţii de odihnă şi tratament apropiate de cele din instituţiile balneo-sanatoriale.

CAPITOLUL 4

MALADIILE ONCOLOGICE

4.1. ASPECTE GENERALE

Maladiile oncologice sunt una dintre cele mai importante probleme medico-sociale ale ocrotirii sănătății. Această patologie se manifestă printr-un nivel înalt de afectare a sănătății populației și o mortalitate, care enumeră milioane de vieți omenești. După datele OMS din 500 mln. de decese pe an, maladiilor oncologice le revin 4 mln. de cazuri. În structura morbidității ele ocupă locul III, iar în structura mortalității generale și a invalidității primare – locul II.

Rezultatele cercetării nivelului și structurii mortalității în 50 de țări ale lumii arată, că cea mai mare rată a mortalității prin cancer se constată în Luxemburg, Ungaria, Belgia, Cehoslovacia, Noua-Zeelandă, Uruguay, SUA. Un nivel relativ mai mic s-a constatat în Israel, Grecia, România, Bulgaria și încă în câteva țări.

Un studiu recent efectuat în Franța confirmă, că nivelul incidenței cancerului pentru bărbați este de 305,6‰$_0$, iar pentru femei – 247,7‰$_0$, din care cele mai frecvente localizări sunt: plămânii (15,4%), faringele (9,6%), colonul (8,3%), cavitatea bucală (7,6%), laringele (5,8%) și esofagul (5,2%). În SUA pe primul loc se situează cancerul pulmonar (20%) și de prostată (20%) la bărbați și cancerul mamar (28%) la femei.

Pe parcursul ultimilor 10 ani în toată lumea, și îndeosebi în țările industrial dezvoltate (SUA, Suedia, Japonia), se constată o creștere considerabilă a morbidității canceroase. Prognosticul acesteia ne sugerează o creștere și mai înaltă, care în primul deceniu al secolului al XXI-lea va atinge circa 8 mln. de oameni. Anual în toată lumea se înregistrează mai mult de 6 mln. cazuri noi. Savanții americani au constatat îmbolnăvirea de cancer, începând cu anul 1990, al fiecărui al treilea nou-născut. Aceasta s-a confirmat și în timpul ultimelor examinări profilactice ale populației, care au constatat 4-6 stări precanceroase la 1 caz de maladie oncologică depistată pentru prima dată.

În Republica Moldova, în ultimii 10 ani, afecțiunile neoplazice au crescut considerabil și au înregistrat anual respectiv 7 mii de cazuri de morbiditate și 3 500 de cazuri de mortalitate.

4.2. IMPACTUL PATOLOGIILOR NEOPLAZICE

Caracterul medico-social al maladiilor oncologice se confirmă prin etiologie și patogenie complicată, răspândire largă, mortalitate înaltă, care ocupă locul II în structura mortalității generale (13,8%) după patologiile cardiovasculare, și prin așa-numitul fenomen de întinerire. Tot mai frecvent această patologie se înregistrează în grupele de vârstă prematură, inclusiv adolescenți, copii și chiar nou-născuți.

Un alt factor, care plasează patologia neoplazică în rangul problemelor medico-sociale de prim plan, este nivelul înalt de invaliditate primară. Fiind foarte răspândită în grupele apte de muncă, această patologie cauzează societății prejudicii economice şi sociale enorme, care afectează considerabil economia naţională. Sub acest aspect organizarea asistenţei oncologice şi cheltuielile suportate la diverse etape de diagnostic şi tratament al unui caz de boală constituie de la 2 până la 10 mii de lei pe an.

Durata lungă a unui caz de spitalizare, care constituie în medie 26-28 de zile, şi este comparativ mai înaltă decât a altor clase de maladii, reprezintă, de asemenea, una din premisele, care justifică caracterul medico-social al patologiei în cauză. Un alt argument, care plasează patologia oncologică în gradul problemelor medico-sociale prioritare, este influenţa considerabilă asupra nivelului mediu al speranţei de viaţă, care la rândul ei este o pierdere social-economică incontestabilă pentru societate.

Astăzi se înregistrează circa 70% din pierderile economice în urma deceselor premature. În acest context indicele de bază al serviciilor de diagnosticare, depistare precoce, tratament şi organizare a asistenţei oncologice este criteriul supravieţuirii. În Republica Moldova circa 46% din categoria celor care suferă de patologii maligne se află la evidenţa de dispensar de 5 şi mai mulţi ani.

Astăzi este stabilită o dependenţă reală şi o corelaţie directă a nivelului şi structurii patologiei oncologice de factorii de risc şi predispozanţi ai ei.

4.3. FACTORII DE RISC AI MALADIILOR ONCOLOGICE

Agravarea stării ecologice care induce apariţia noilor factori şi agenţi cancerigeni, caracterul şi concentraţia cărora depind de progresul tehnic general, condiţionează schimbări esenţiale în structura şi nivelul morbidităţii prin boli canceroase.

Actualmente în baza datelor clinice, epidemiologice şi de laborator şi în funcţie de factorii de risc se disting 4 grupe de patologii oncologice:

– neoplazii ale căror factori agresionali provin din mediu şi sunt cunoscuţi sau implicaţi cu mare probabilitate;
– neoplazii pentru care se pot deduce sursele de agresiune din mediu prin studii clinice şi epidemiologice;
– neoplazii ale căror surse, căi şi mecanisme oncogene sunt necunoscute;
– neoplazii în care factorii genetici pot juca un anumit rol.

Apariţia şi evoluţia cancerului este determinată de o serie de factori nocivi:

– *Factorii fizici,* inclusiv: factorul termic, traumatic, lumina solară determină dezvoltarea cancerului cu următoarele localizări: leucemie, cancerul tiroidian, cancerul cutanat, tumori osoase, cancerul pulmonar etc.

– *Factorii chimici,* inclusiv:

1. cancerigeni demonstraţi (nichelul, cromul, azbestul, arseniul):
– derivaţi organici neazotaţi, care includ: clorura de vinil, iperita etc.;
– derivaţi organici azotaţi (hidrocarburi policiclice);

2. cancerigeni potenţiali, inclusiv substanţele minerale (fierul, beriliul, plumbul); derivaţii organici (neazotaţi şi azotaţi); produşii chimici naturali (olfatoxinele ai căror vectori principali sunt arahidele, fasolea şi porumbul);

3. cancerigeni chimici care pătrund prin căile respiratorii (fumatul, poluarea atmosferică);

4. cancerigeni chimici, care pătrund prin căile tubului digestiv (substanţele chimice din sol, plante şi apă; substanţele chimice, care contaminează solul şi apa; calitatea, cantitatea şi modul de pregătire a alimentelor; insectofungicidele; unele medicamente etc.).

– *Factorii biologici*, inclusiv: agenţii microbieni, virali şi parazitari, protozoarele, mucegaiurile.

– *Factorii alimentari*, inclusiv: cantitatea caloriilor în dietă şi raportul dintre ele, cantitatea fibrelor în alimente, originea alimentelor, efectul nociv al unor obiceiuri etc.

– *Factorii toxici*, inclusiv tutunul şi alcoolul. Consumul de alcool favorizează dezvoltarea cancerului cavităţii bucale, faringelui, laringelui, esofagului, ficatului, colonului, plămânului, mediastinului, tiroidei, pancreasului şi leucemiilor. Tabagismul este cel mai răspândit drog. Nicotina reprezintă cel mai important alcaloid din frunzele de tutun. Substanţele chimice componente ale tutunului provoacă cancerul bronho-pulmonar, care se atestă la fumători de 28 de ori mai frecvent decât la nefumători.

– *Factorii metabolici.* Este cunoscut, că la om în procesul cancerigen acţionează aşa-numiţii factori metabolici individuali, care stimulează sau inhibă acţiunea agenţilor asupra organismului. La 15–20% din populaţie nivelul factorului protector în cancerogeneză este foarte scăzut.

– *Factorii hormonali,* inclusiv hormonii sexuali (estradiolul, hormonii sexuali naturali şi sintetici, inclusiv anticoncepţionalele hormonale). Acţiunea cancerigenă a hormonilor sexuali a fost confirmată prin studii epidemiologice şi experimentale pe animale.

– *Factorii genetici.* Acţiunea acestor factori o confirmă următoarele argumente: factorul familial, studiile pe gemeni, interesarea preferenţială a unor grupe sangvine.

– *Factorii profesionali.* Prin cancere profesionale se definesc acele patologii, care sunt determinate de agenţi (chimici şi fizici) ce acţionează asupra organismului în condiţiile de producţie în cazul unor profesiuni. Rata cancerelor profesionale constituie respectiv 15 şi 3%.

– *Factori diverşi,* inclusiv igiena individuală genitală precară, unele particularităţi ale vieţii sexuale multiparitare, care ar favoriza cancerul uterin.

O altă grupă de factori influenţi ne atestă o altă clasificare:

1. Factorii naturali-climaterici. 50-55% de îmbolnăviri sunt cauzate de factorii mediului (apă, aer etc.). Acest fapt se confirmă prin divergenţa nivelurilor de îmbolnăvire şi decese la persoanele, care locuiesc în diverse condiţii climaterice (numărul cazurilor de cancer cutanat depistat în Australia este de 10 ori mai mare decât în Marea Britanie).

2. Starea economică. Un alt factor de risc al morbidităţii şi mortalităţii prin cancer este poluarea în genere şi îndeosebi cea radiantă (catastrofa din Cernobâl a ridicat considerabil nivelul maladiilor oncologice, în special al cancerului glandei tiroide şi leucemiilor în diverse regiuni ale URSS, ca Belarus, Ucraina, Moldova, Rusia, Ţările Baltice şi Est-Europene).

Cercetările socio-medicale efectuate asupra morbidităţii neoplazice au demonstrat, că acest nivel este mult mai înalt la persoanele, ale căror locuinţe sunt amplasate lângă automagistrale şi a celor care muncesc în mediu nociv.

3. *Schimbările în structura de vârstă a populației*. Odată cu vârsta crește grupul de oameni afectați de patologiile oncologice.

4. *Deprinderile vicioase* – fumatul, alcoolismul etc.

5. *Factorul psiho-emoțional*. Stresuri puternice, care duc la depresii radicale. În prezent (după datele cercetărilor sociologice) mai mult de 1/3 din populație trăiește în condițiile nivelului ridicat de stres psihologic.

6. *Caracterul alimentației* – folosirea alimentelor conservate și produselor congelate. După datele savanților americani și ale academicianului rus – oncologului Trapeznicov, în 30-35% din cazuri acest factor favorizează reproducerea celulei maligne din celula sănătoasă.

7. *Metodele de preparare a alimentelor* predispun la apariția neoplaziilor.

A vorbi despre influența unui singur factor este incorect, deoarece anume un complex de factori influențează răspândirea patologiilor oncologice. La ultimul Congres Internațional al Oncologilor s-au stabilit principalii doi factori generali, care determină răspândirea oncopatologiei. Aceștia sunt factorii social-economici și psiho-emoționali.

Creșterea indicilor morbidității oncologice sau creșterea nivelului anual al oncopatologiilor se mai explică prin:

1. îmbunătățirea calității serviciului de diagnostic;
2. evidența mai amplă a patologiei oncologice în cadrul instituțiilor medicale specializate;
3. îmbunătățirea formelor și metodelor de depistare și profilaxie, de dispensarizare a bolnavilor neoplazici cu supravegherea lor în dinamică.

4.4. ASPECTE DE EPIDEMIOLOGIE DISCRIPTIVĂ

Ca problemă medico-biologică și socio-medicală de prim plan este considerată oncologia senilă, adică tot complexul de probleme legate de răspândirea cancerului la persoanele în vârsta de peste 60 de ani și cu atât mai mult la vârsta înaintată – peste 70 de ani.

Frecvente sunt oncopatologiile apărute la copii (1-14 ani), la adolescenți (15-19) și în vârsta tânără (20-29 de ani).

Pe baza unei cercetări efectuate în 23 de țări (SUA, Canada, Suedia, Germania, Austria, Australia etc.) s-a stabilit, că tumorile maligne, inclusiv leucemia la copii până la 4 ani în structura factorilor mortalității ocupă locul III și IV după pneumonie, accidentări și anomalii congenitale.

Categoria de vârstă de la 5 la 15 ani se plasează pe locul II după nivelul deceselor din cauza maladiilor oncologice, ceea ce accentuează însemnătatea tumorilor în patologia acestei vârste și obligă medicii pediatri la o prudență deosebită în legătură cu problema în cauză.

Nivelul mortalității în mare măsură depinde de vârstă și aceasta se referă la ambele sexe. Astfel, indicele mortalității crește brusc (9-10 ori) în categoria de vârstă 45-64 de ani comparativ cu categoria de vârsta 25-40 de ani. Mortalitatea, însă, pe categorii de vârstă la bărbați și femei se deosebește esențial. Pentru grupa de 25-34 de ani mortalitatea mai înaltă este la bărbați, iar de la 35 de ani – la femei.

În perioada de 55-60 de ani mortalitatea crește mai rapid la bărbați comparativ cu mortalitatea la femei.

La mortalitatea pe sexe se poate de menționat, că la bărbați ea este de 2 ori mai înaltă decât la femei. În cadrul ultimelor studii s-au constatat tendințe pozitive privind vârsta medie a maladiilor maligne. În 1996 vârsta medie a patologiei se considera 52,1 ani, iar în 2005 – 55,3 ani.

Este diferită, de asemenea, și localizarea patologiilor oncologice în funcție de vârstă: la femei în vârstă de 25-40 de ani predomină cancerul organelor genitale, la bărbați, însă – cancerul pulmonar.

4.5. CARACTERISTICA MORBIDITĂȚII ONCOLOGICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

În ultimii ani, în legătură cu diversele procese demografice și crizele social-economice, s-a constatat o creștere netă a morbidității și mortalității oncologice, stabilindu-se pentru anul 2004 nivelul de 162 și 132,7 respectiv cazuri la 100 mii de locuitori. În anul 2005 la investigarea a 10 000 de persoane s-au depistat 1,07% de cazuri de cancer și 1,62% cazuri suspecte la patologii oncologice.

În Republica Moldova în anul 2005, nivelul incidenței prin cancer constituia 158,2 inclusiv : în urbe – 146,8 și în localitățile rurale – 169,6 cazuri la 100 mii de locuitori, și respectiv nivelul prevalenței – 1171,8 și 947,2$o_{/0000}$. Nivelul incidenței prin cancer în ultimii 10 ani s-a micșorat (de la 177 până la 158,2$o_{/0000}$), iar al prevalenței s-a majorat (de la 924 până la 1059,5$o_{/0000}$).

Invaliditatea prin cancer ocupă locul doi în structura invalidității primare și constituie în mediul urban 13,1%, iar în localitățile rurale – 12,2% și în medie pe republică – 12,65%.

În Moldova, în ultimii 5 ani, nivelul mortalității prin cancer s-a micșorat de la 185,6 la 132,7$o_{/0000}$. În structura mortalității generale cancerul este situat pe locul doi. În structura mortalității prin cancer predomină: cancerul pulmonar – 16%, gastric –10,6%, mamar – 8,2%, hemoblastoze – 6,0%.

Geografia patologiei oncologice în republică a depistat teritorii cu diferit indice al îmbolnăvirilor neoplazice. Valori sporite ale indicilor de răspândire a patologiei se atestă în raioanele de Nord, unde s-au înregistrat 27,4% din cazurile înregistrate pe republică. Extrem de înalți sunt indicii în raionul Glodeni – 341,7; Dondușeni – 231,0; orașul Bălți – 188 și Briceni – 191,0 la 100 mii de locuitori.

În raioanele Centrale și de Sud ale republicii indicii sunt mai mici comparativ cu cel mediu pe republică. De exemplu, în raionul Cahul acest indice a atins cifra de 179 la 100 mii de locuitori, în Cantemir – 110,6, iar în Orhei – 138,7 la 100 mii de locuitori. Acest decalaj se explică prin diferența de vârste. La Nordul republicii 38% din populație sunt persoane de peste 50 de ani, pe când la sud această categorie de vârstă atinge doar 16%.

În republică anual sunt luați la evidență cca 7 100 de bolnavi cu patologii maligne, dintre care la 80% diagnosticul este stabilit morfologic.

În ultimii ani s-a observat o scădere a numărului de bolnavi depistați în stadiile I și II ale patologiei (de la 40,7% la 28,8%) și o creștere esențială a celor depistați în stadiul IV (de la 17,5 la 26,7%).

În câteva raioane ale republicii indicele diagnosticării tardive constituie 40% şi mai mult; în raioanele Cantemir – 41%; Şoldăneşti – 48,8%; Ocniţa – 42,2%; Leova –36,7%. Extrem de înalţi sunt indicii diagnosticului tardiv, care depinde în mare măsură de localizarea patologiei. De exemplu diagnosticul întârziat în caz de cancer gastric constituie 48,5%, iar în caz de cancer pulmonar – 3,4 %. Bolnavii de cancer al intestinului gros se depistează la stadiile III şi IV ale procesului în 64,4% din cazuri, iar cu cancer al glandei mamare – în 48% din cazuri.

În decursul ultimilor 5 ani în structura maladiilor oncologice nu au avut loc schimbări esenţiale: locul I îl ocupă cancerul pulmonar (13,3%); locul II – cancerul glandei mamare (12,7%); locul III – cancerul gastric (7,7%) şi locul IV – hemoblastozele (6%). În total această grupă constituie 40,0% din totalitatea maladiilor oncologice.

4.6. ORGANIZAREA SERVICIULUI ONCOLOGIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Serviciul oncologic în republică este format dintr-o reţea de cabinete oncologice pe lângă Centrele Medicilor de Familie raionale şi municipale, secţii oncologice în cadrul spitalelor raionale şi municipale. Centrele de Sănătate organizează şi supraveghează efectuarea examenelor profilactice: depistarea stărilor precanceroase şi examenul oncoprofilactic. Etapa superioară în organizarea serviciului oncologic este Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Oncologie (CNŞPO).

Asigurarea populaţiei cu paturi oncologice constituie $2{,}3\,^{0}/_{0000}$, iar cu cadre de medici – $0{,}3\,^{0}/_{0000}$.

Sarcinile serviciului oncologic sunt:
- examinarea profilactică a populaţiei cu scopul depistării precoce a maladiilor;
- evidenţa tuturor bolnavilor de profil;
- acordarea asistenţei consultative tuturor medicilor;
- examinarea bolnavilor şi diagnosticarea patologiei de profil;
- efectuarea evidenţei de dispensar;
- controlul spitalizării, tratamentului şi patronajului la domiciliu;
- educaţia pentru sănătate a populaţiei;
- evidenţa activităţii şi analiza statistică a rezultatelor.

CNŞPO dispune de o bază clinică, în cadrul căreia funcţionează o policlinică şi un staţionar cu o capacitate de 1 000 de paturi, precum şi numeroase secţii clinico-ştiinţifice, laboratoare, cadre calificate de savanţi şi medici.

Sarcinile Centrului Naţional Ştiinţifico-practic de Oncologie sunt:
- acordarea asistenţei medicale specializate bolnavilor în condiţii de ambulatoriu şi staţionar;
- acordarea ajutorului consultativ (metodic, organizatoric, curativo-profilactic) medicilor – colaboratori ai subdiviziunilor oncologice din republică;
- elaborarea şi aplicarea noilor metode de profilaxie, diagnostic, tratament şi reabilitare a bolnavilor;
- analiza activităţii serviciului oncologic din republică;
- efectuarea cercetărilor ştiinţifice în domeniul oncologiei.

Eficacitatea social-economică şi medicală a activităţii unităţilor medicale oncologice se caracterizează prin 3 indici de bază:

1. Scăderea nivelului morbidității și mortalității în primii ani.
2. Reabilitarea bolnavilor.
3. Majorarea duratei vieții bolnavilor.

Se va avea în vedere, că tratamentul bolnavilor de cancer nu poate fi considerat terminat la momentul externării lor din spital. Mulți dintre ei necesită tratament periodic cu preparate, prin îngrijire, reabilitare etc.

Termenul de supraviețuire de 5 ani a fost atins de circa 50% din bolnavi. Durata supraviețuirii de 5 ani a bolnavilor de cancer pulmonar a crescut de la 19,6 la 22,1%; cancer gastric – de la 36,8 la 39,4%; cancer rectal – de la 33,9 la 43%, cancer al colului uterin – de la 65,5 la 72,0% și de hemoblastoze – de la 37,1 la 42,5%.

Serviciul oncologic din republică permite consultarea și tratarea calificată a 60% din bolnavii oncologici depistați pe parcursul anului. Ceilalți, după consultație, pot să-și continue tratamentul în instituțiile de profil din urbe.

4.7. PROFILAXIA CANCERULUI

Este bine cunoscut faptul că boala canceroasă nu este inevitabilă și incurabilă, de aceea combaterea cancerului este posibilă și necesară din următoarele considerente:

1. cancerul este evitabil, fiindcă se cunosc bine factorii de risc;
2. cancerul nu este nici ereditar, nici infecțios, decât în măsura în care factorii de risc ar putea interveni ca agenți favorizanți;
3. această maladie este stresantă și provoacă anxietate în populație;
4. absența unei educații de prevenție oncologică a populației;
5. tratamentul prelungit, costisitor și adesea puțin efectiv;
6. profilaxia în majoritatea cazurilor absentă sau foarte lacunară.

Metodele luptei anticanceroase includ:

– analiza indicilor patologiei neoplazice și tendințelor lor;
– măsuri de profilaxie primară întreprinse de cadrele medico-sanitare și populație cu scop de evitare a acțiunii factorilor de risc, inclusiv a factorilor cancerigeni ai mediului industrial și comunal;
– măsuri în domeniul profilaxiei secundare și terțiare a cancerului îndreptate spre: prevenirea și combaterea stărilor precanceroase; depistarea precoce și activă a patologiei; supravegherea periodică în masă; tratamentul chirurgical și chimioterapeutic; dispensarizarea și educația oncologică a populației;
– educația pentru sănătate a populației, care prevede mai multe aspecte:
– factorul emoțional al cancerofobiei;
– eficacitatea tratamentului;
– rolul factorilor de risc;
– importanța depistării precoce și a tratamentului respectiv;
– progresele științei medicale în domeniul profilaxiei și tratamentului.

În concluzie: boala canceroasă este o problemă nu numai cu aspect umanitar, demografic și economic, ci și o problemă socio-medicală complexă, care necesită implicații vaste în toate aspectele de combatere a ei atât din partea societății, cât și din partea statului.

TRAUMATISMUL

5.1. DEFINIŢIE. ASPECTE EPIDEMIOLOGICE

Traumatismul reprezintă o totalitate a traumelor înregistrate la un grup de populaţie (la domiciliu, la serviciu, pe stradă, în sport sau serviciul militar), într-un spaţiu anumit şi într-o perioadă concretă de timp, raportată la numărul respectiv al acestuia.

Acest fenomen întotdeauna a ameninţat sănătatea omului, iar cauzând frecvente infirmităţi fizice şi considerabile prejudicii social-economice, el se plasează printre problemele medico-sociale ale umanităţii de primă prioritate.

Traumatismul a fost şi rămâne considerat „ciuma" secolelor XX–XXI. „Epidemia" traumatismului continuă şi zilnic înregistrează în lume sute de mii de noi şi noi cazuri.

De exemplu, în SUA sunt înregistrate anual peste 10 mln. de accidente, cu traume din cauza cărora îşi pierd viaţa peste 100 de mii de oameni.

În Italia, din cauza traumelor, mor peste 25 de mii de indivizi anual, fiecare oră fiind înregistrat un rănit sau un decedat.

În Anglia zilnic decedează 50 de persoane, iar 3 000 de cetăţeni suportă leziuni corporale din cauza accidentelor rutiere.

În Rusia anual se înregistrează mai mult de 10 mln. de accidente şi peste 50 de mii de decese posttraumatice.

În RM numărul victimelor traumatismului în anul 2005 a constituit mai mult de 60 de mii de cazuri, dintre care 40% revin copiilor.

5.2. ARGUMENTE DEFINITORII ALE TRAUMATISMULUI CA PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ

1. Frecvenţa înaltă – în RM nivelul traumatismului în anul 2005 a constituit 4 742,8 cazuri la 100 mii de locuitori. În localităţile rurale nivelul traumatismului este de 5,7 ori mai jos decât în cele urbane.

Cel mai înalt nivel al traumatismului este înregistrat în raioanele Anenii Noi, Drochia, Râbniţa, Sângerei. În oraşe, cel mai înalt nivel al traumatismului se constată în Chişinău, iar cel mai jos – în Bălţi.

2. Nivelul înalt al mortalităţii posttraumatice în structura generală a mortalităţii (locul III în structura generală a mortalităţii, după patologia cardiovasculară şi bolile oncologice).

3. Afectarea preponderentă a populaţiei în vârstă aptă de muncă cu invalidizare primară în urma traumei.

4. *Influența considerabilă a factorilor sociali* asupra traumatismului (condițiile de muncă, starea drumurilor, locuințelor, abuzul de alcool și alte deprinderi dăunătoare).
5. *Termenul îndelungat de tratament*, prejudicii economice în legătură cu eliberarea indemnizațiilor și instruirea bolnavilor în noi specialități, pentru activitate de muncă în alt domeniu.
6. *Cauzarea prejudiciilor medico-sociale și economice.*
7. *Nivelul insuficient al asistenței medicale* traumatologice pe teren.

5.3. FACTORII PREDISPOZANȚI AI TRAUMATISMULUI

1. Traumatismul, ca și alte fenomene socio-medicale, este condiționat de o diversitate de factori și în deosebi de factorii social-economici, aceștia fiind:
2. Urbanizarea, hiperpopulația, tranziția la economia de piață, creșterea tensiunii psihologice în societate, incapacitatea adaptării la noile condiții social-economice.
3. Dezvoltarea în ritm rapid a transportului public și privat, îndeosebi cu autocare străine necunoscute șoferilor și pietonilor, care sunt exploatate la viteze înalte și ritm intensiv de către șoferii prost instruiți în regulile de circulație și de conducere a autovehiculelor.
4. Starea dezastruoasă a drumurilor, lipsa semafoarelor la intersecții, imprudența și iresponsabilitatea joasa atât a șoferilor, cât și a pietonilor.
5. Implementarea în producere, agricultură și viața cotidiană a noilor tehnologii.
6. Abuzul de alcool, întrebuințarea stupefiantelor și altor deprinderi vicioase.

Studiul traumatismului se efectuează conform documentelor oficiale existente:

1. tichetul statistic (formularul nr. 25);
2. buletinul de concediu medical;
3. certificatul medical de deces;
4. certificatul de deces eliberat de felcer;
5. actul despre accident.

Aceste documente oferă medicului posibilitatea de a analiza traumatismul după toți parametrii de bază: locul de trai, vârsta, sexul, caracterul traumei, cauza și localizarea lui.

În studiul traumatismului se utilizează principiile de bază de clasificare a traumelor și accidentelor.

În Clasificația Internațională a bolilor ediția a X-a – traumatismele, combustiile, intoxicațiile, accidentele, omuciderile și sinuciderile fac parte din clasa a XIX-a.

5.4. CLASIFICAREA, FACTORII INFLUENȚI, STRUCTURA ȘI PARTICULARITĂȚILE DE MANIFESTARE ALE TRAUMATISMULUI

După cauze, traumatismul se clasifică în:

1. industrial;
2. agricol;
3. habitual (uzual, rutier, sportiv);
4. intenționat (omucideri, sinucideri);
5. militar (acțiuni militare).

Traumatismul se caracterizează prin particularități în dependență de:

1. caracterul traumei – contuzie, fractură etc;
2. localizare – cap, membre etc;
3. contingentul populației – sex, vârsta, profesie, studii;
4. locul de trai – localități rurale, urbane, orașe mari;
5. consecințe – fără pierderea capacității de muncă, cu pierderea temporară sau stabilă a capacității de muncă (invaliditate) sau deces.

Nivelul traumatismului este influențat considerabil de:

1. abuzul de alcool – 34%;
2. profesie – 33%;
3. nivelul studiilor – 25%. Odată cu creșterea nivelului studiilor scade nivelul traumatismului. Deosebit de înalt este nivelul traumatismului uzual în rândul persoanelor cu studii primare – 77,3 cazuri din 1 000; medii – 62,3; superioare – 51,3. Nivelul traumatismului industrial deviază de la 6,1 cazuri la 1 000 de locuitori pentru persoanele cu studii superioare până la 21,3 pentru persoanele cu studii medii și 24,1 – cu studii primare;
4. condițiile de muncă – 22%;
5. traseul domiciliu – serviciu – 20%;
6. condițiile de trai – 19%;
7. starea familială – 16%.

În structura traumatismului locul I îl ocupă traumatismul uzual, pe locul II este plasat traumatismul rutier, pe locul III – este situat traumatismul industrial, pe locul IV – traumatismul agricol și pe locul V – cel sportiv.

Printre traumatismele uzuale cel mai frecvent sunt înregistrate :

- căderile 60%;
- intoxicațiile 20% ;
- combustiile 15% ;
- asfixiile – 10%.

În structura traumatismului habitual:

- pe locul I se situează traumatismul rutier;
- pe locul II – uzual;
- pe locul III cel sportiv.

Traumatismul rutier este influențat de asemenea factori ca:

- controlul insuficient al respectării regulilor de circulație;
- controlul medical neobiectiv la selectarea cetățenilor pentru instruirea viitorilor șoferi;
- nivelul calificativ jos al șoferilor;
- străzile înguste;
- cotiturile frecvente;
- iluminarea insuficientă a drumurilor;
- absența semnelor rutiere, semafoarelor etc.

Accidentele rutiere constituie 40% din numărul total de traumatisme cu consecințe letale. Mortalitatea, ca consecință a accidentelor rutiere, o depășește considerabil pe cea din urma traumatismului industrial și agricol.

Conform datelor OMS, pe întregul Glob pământesc în urma accidentelor rutiere în anul 2005 au decedat peste 1 mln. de indivizi. Una din cauzele principale

ale nivelului înalt de traumatism rutier este majorarea rapidă a parcului de transport auto şi abuzul de alcool, care se întâlneşte tot mai frecvent.

Traumatismul industrial este plasat pe locul II în structura generală a traumatismului.

La traumatismul industrial se referă:

- traumele suportate în timpul serviciului la locul de muncă;
- cât şi în alte locuri legate cu procesul de producere (în drum spre serviciu şi de la serviciu timp de 1,5 ore).

Caracterul traumatismului industrial este determinat de specificul procesului tehnologic:

În industria de construcţie cel mai frecvent se înregistrează: plăgi, contuzii, fracturi multiple şi combinate ale membrelor; în industria grea – în turnătorii, secţii cu regimuri tehnologo-termice – combustii ale feţei şi membrelor ş.a.

În traumatismul industrial mai frecvent se întâlnesc traume uşoare şi microtraume, care constituie 85% din întreaga totalitate, iar traumelor mai complicate, care condiţionează pierderea capacităţii de muncă pe un termen îndelungat, le revin doar 15%.

Factorii, care favorizează creşterea nivelului traumatismului industrial, pot fi clasificaţi în 4 grupe:

1. material-tehnici – defectarea instrumentelor, dereglarea utilajului, utilizarea utilajului şi tehnologiilor vechi, încălcările regimului securităţii tehnice;
2. sanitaro-igienici – iluminarea insuficientă, poluarea mediului, temperatura joasă sau înaltă, care provoacă obosire excesivă şi care poate favoriza traumatizarea;
3. organizatorici – nerespectarea regimului securităţii tehnice, organizarea insuficientă a procesului de muncă, instruirea preventivă insuficientă etc.;
4. personali – starea dificilă a sănătăţii muncitorilor, cunoaşterea insuficientă a tehnicii folosită în procesul de producere, lipsa interesului pentru muncă, alcoolismul ş.a.

În fiecare caz concret de traumatism se analizeaza factorii, care l-au condiţionat. Cel mai înalt nivel al traumatismului industrial a fost înregistrat în Japonia şi Marea Britanie. În SUA anual se înregistrează 2 mln. de traumatisme industriale, dintre care 15 mii cu consecinţe letale, iar 80 de mii – de invalidizare.

Traumatismul agricol. La acest tip de traumatism se referă toate leziunile corporale suportate în timpul procesului de producere şi de prelucrare a produselor pomicole şi animaliere.

- Cel mai frecvent traumatismul agricol este condiţionat de factorii material-tehnici (defectarea maşinilor agricole, a instrumentelor, utilizarea tehnologiilor vechi).
- Nu mai puţin importanţi sunt factorii de organizare – organizarea insuficientă a procesului de muncă, instruirea proastă, nerespectarea regimului securităţii, nivelul calificativ jos al muncitorilor.
- De asemenea, nivelul traumatismului agricol e influenţat şi de factori personali – starea dificilă a sănătăţii, iresponsabilitatea şi imprudenţa muncitorilor la locul de muncă, nivelul jos de cultură şi cunoştinţe în domeniul profesional.

Spre deosebire de traumatismul industrial, evidenţa traumatismului agricol, ca şi a celui habitual, în genere este dificilă.

Traumatismul sportiv. Totalitatea traumelor suportate în timpul competiţiilor sportive, antrenamentelor şi orelor de educaţie fizică fac parte din traumatismul sportiv.

Caracterul traumatismului sportiv depinde de tipul sportului practicat. Pot fi evidenţiaţi trei factori de bază, care condiţionează traumatismul sportiv:

1. factorii material-tehnici – la ei se referă starea tehnică dezastruoasă a stadioanelor, terenurilor sportive, piscinelor, patinoarelor etc., precum şi defectarea utilajului sportiv şi echipamentul sportiv nepotrivit (cauzează până la 21% din traume);
2. factorii organizaţionali – din ei fac parte: organizarea incorectă a competiţiilor, antrenamentelor, încălcarea regimului de supraveghere medicală, depistarea la timpul nepotrivit a oboselii excesive;
3. factorii personali – condiţionează 40,2% din traume; din ei putem numi: încălcarea disciplinei, imprudenţa, oboseala excesivă, nerespectarea regimului securităţii etc.

Ponderea invalidităţii ca o consecinţă a traumatismelor şi accidentelor sportive în structura invalidităţii generale constituie 14%.

Mortalitatea în structura generală a traumatismului este condiţionată:

- de traumele habituale în 70% din cazuri,
- de traumele industriale în 8,5% din cazuri,
- de celelalte tipuri de traume în 20,1% din cazuri.

Locuitorii regiunilor rurale mai frecvent decedează din cauza:

- asfixiilor mecanice – 24%;
- combustiilor – 8%;
- plăgilor – 25%,

iar orăşenii – din cauza traumelor cauzate de accidentele rutiere.

Traumatismul infantil. Un loc deosebit în structura generală a traumatismului îl ocupă traumatismul infantil, constituind, conform datelor OMS, 25%. Traumele şi accidentele în condiţii casnice apar, de regulă, din cauza imprudenţei adulţilor cu atitudine iresponsabilă faţă de viaţa şi sănătatea copiilor, supravegherii lor insuficiente şi neinstruirii adecvate.

Pe primul loc în structura traumatismului infantil se situează traumele uzuale, constituind 80%.

De regula, printre acestea se enumeră:

- contuziile;
- hematoamele (30,5%);
- rănile superficiale (25%);
- fracturile (16,1%) (preponderent ale membrelor superioare);
- şi diverse tipuri de combustii (termice, electrice).

Cel mai frecvent invaliditatea infantilă, ca consecinţă a traumelor uzuale, este cauzată de:

- rănile mâinilor şi picioarelor (37,1%);
- traumele ochilor (22,2%);
- traumele cranio-cefalice (22,2%).

Pe locul II în structura mortalităţii prin traumatism şi a invalidităţii infantile se plasează traumatismul rutier.

Cauza de bază a traumelor şi accidentelor rutiere, de regulă este încălcarea regulilor circulaţiei rutiere de către copii în 79,1% din cazuri şi de către adulţi în 20,9% din cazuri.

În majoritatea cazurilor (91%) copiii suportă traume în accidentele rutiere, fiind în calitate de pietoni sau ciclişti, băieţii de 2 ori mai frecvent decât fetele.

Nivelul traumatismului infantil variază în funcţie de vârsta copiilor. În majoritatea cazurilor ei sunt elevi în vârsta de la 8 până la 16 ani, numărul elevilor de clasa I fiind considerabil mai mic (25,8%). De regulă, accidentele au loc în drum spre şcoală sau spre casă.

Traumatismul infantil este considerabil influenţat de aşa factori ca: ziua săptămânii, anotimpul sau perioada vacanţei. Majoritatea accidentelor, de regulă, au loc ca legitate în perioada primăverii sau vacanţei de vară.

5.5. ORGANIZAREA ASISTENŢEI TRAUMATOLOGICE

Principiul de bază este acordarea primului ajutor medical.

Asistenţa traumatologică se acordă în câteva etape:

Etapa I

a) autoajutorul şi ajutorul reciproc. Pentru a asigura asistenţa medicală la prima etapă este necesară instruirea cuvenită a populaţiei de către personalul medical – organizarea posturilor medicale, completarea truselor farmaceutice de prim ajutor;

b) primul ajutor premedical la locul de accident;

Etapa a II-a – punctele medicale traumatologice, asistenţa medicală de urgenţă, cabinetele traumatologice în CMF;

Etapa a III-a – asistenţa medicală specializată în instituţiile republicane. Procesul de reabilitare a pacienţilor traumatologici ocupă un loc important în sistemul asistenţei medicale traumatologice. Pentru o reabilitare mai rapidă şi mai eficientă se utilizează tratamentul de reabilitare de lungă durată – masaj, tratament fizioterapeutic şi balneo-sanatorial.

5.6. PROFILAXIA TRAUMATISMULUI

Pentru rezultate eficiente profilaxia traumatismului trebuie să fie:

1. complexă – ceea ce înseamnă ca în manifestările organizate de direcţia întreprinderilor trebuie să participe în comun acord atât muncitorii, cât şi reprezentanţii sindicatelor, centrului de ocrotire a muncii şi tehnicii securităţii şi organelor de ocrotire a sănătăţii;
2. planificată;
3. ştiinţific argumentată – reţeaua instituţiilor medicale şi ICS elaborează programe complexe de combatere a traumatismului şi în primul rând se alcătuiesc sisteme de măsuri:

- de profilaxie primară a traumatismului – adică instruirea sanitară şi ridicarea nivelului de cultură generală a populaţiei;
- organizarea eficientă a asistenţei traumatologice, care ar asigura profilaxia, tratamentul şi reabilitarea bolnavilor.

Profilaxia traumatismului infantil

În scopul preîntâmpinării posibilelor accidente este necesară în primul rând educarea şi instruirea cuvenita a adulţilor. Este deosebit de important ca părinţii să cunoască acele situaţii tipice şi periculoase care ar putea duce la traumatizarea copiilor.

Acest proces instructiv poate fi organizat prin diverse metode:

- metoda recomandărilor în staţionare şi Centrele Medicilor de Familie;
- instruirea părinţilor şi a educatorilor de creşă, grădiniţelor de copii, şcolilor (materiale ilustrativ-didactice, discuţii, lecţii, emisiuni radio şi televizate);
- efectuarea unei instruiri speciale a părinţilor care fac abuz de alcool şi se comportă iresponsabil faţa de viaţa şi sănătatea propriilor copii.

În incinta şcolilor şi celorlalte instituţii de învăţământ se recomandă desfăşurarea următoarelor măsuri:

1. organizarea obligatorie a grupelor de program prelungit pentru copiii din familii dificile, familii incomplete şi familii în care toţi adulţii lucrează;
2. cointeresarea elevilor în activitatea lor în cadrul cercurilor de interese, secţiilor sportive ş.a.;
3. intensificarea activităţii diriginţilor de clase în studiul particularităţilor psihologiei infantile, în scopul realizării unei educaţii a modului sănătos şi instruiri mai înalte.

MALADIILE GASTROINTESTINALE

6.1. ASPECTE GENERALE

Având un rol important în nutriţia organismului, aparatul digestiv este cunoscut tradiţional prin bolile acute infecţioase şi mai puţin prin bolile sale cronice. Dintre acestea din urmă maladia ulceroasă – la care pot fi alăturate gastritele şi duodenitele, enteropatiile şi hepatopatiile cronice, se detaşează azi prin particularităţi de frecvenţă şi etiologie în populaţii şi prin multiple consecinţe personale, familiale şi social-economice.

Fiind declanşate direct de factori cauzali sau de consecinţe ale unor boli generale ori locale, maladiile digestive cronice (cu excepţia tumorilor) debutează şi se manifestă la vârstele tinere şi adulte. Sub această formă cu incidenţe medii, iar numărul bolnavilor cronici fiind constant în creştere, severitatea formelor de boală determină spitalizări repetate, iar unele dintre acestea necesită intervenţii chirurgicale. Caracterul maladiilor gastrointestinale creşte invalidant, generează un volum important de concedii medicale şi pensionări la vârstele cele mai productive, pentru care aspecte sunt cunoscute ca o patologie dominantă a vârstelor active. Aceste maladii dau pierderi premature de vieţi omeneşti, iar morbiditatea întregului aparat digestiv constituie a IV-a cauză în tabloul mortalităţii.

Aceste boli nu beneficiează de mijloace preventive specifice şi nu au încă terapii eficiente. Investigaţiile de genetică, enzimologie, imunologie şi metabolism celular pot aduce clarificări în etiopatogenia lor, iar metoda epidemiologică poate contribui mai mult la identificarea factorilor cauzali sau cu risc de îmbolnăvire.

Utilizarea metodelor şi tehnicilor de diagnostic ambulatoriu poate degreva spitalele de un costisitor consum medical. Multiplele implicaţii economice fac din aceste boli o importantă problemă de sănătate, mai ales pentru teritoriile din zona nordică a Globului.

Stările morbide cauzate de maladiile gastrointestinale prezintă principalele pericole pentru sănătate, care necesită asistenţă chirurgicală urgentă, tot ele ocupând şi o mare parte din letalitatea postoperatorie.

În Republica Moldova maladiile gastrointestinale în structura incidenţei ocupă locul VI, în structura prevalenţei – locul III, în structura invalidităţii populaţiei – locul VII şi locul III în structura mortalităţii generale. 98,0% din cazurile de mortalitate la domiciliu din cauza stărilor urgente revin pentru acest profil.

6.2. CAUZALITATEA PATOLOGIEI DIGESTIVE

Studierea aspectelor medico-sociale ale maladiilor tractului gastrointestinal este determinată de faptul că factorii etiologici de dezvoltare a acestor maladii de-

pind nu atât de agenții patogeni microbieni, cât de așa elemente semnificative ca alimentația, apa, starea mediului, condițiile de trai, nivelul de educație sanitară, prezența deprinderilor dăunătoare, influența noxelor profesionale asupra individului.

Cauzele maladiilor tractului gastrointestinal pot fi divizate în două grupe: factorii exogeni și factorii endogeni.

Din factorii exogeni fac parte:

- dereglările componenței calitative și cantitative a alimentații;
- regimul și stereotipul de alimentație;
- influențele chimice, mecanice și termice (lucrul în condiții de temperaturi înalte);
- acțiunea noxelor profesionale (vapori ai acizilor grași și alcaliilor, praf de bumbac, cărbune, azbest, silicat etc.);
- consumul abuziv de alcool și surogatele sale (cu acțiune citotoxică);
- unele preparate medicamentoase (antiinflamatorii nesteroide, acidul acetilsalicilic, preparatele de potasiu, digitalele, unele preparate antibacteriene etc.);
- infectarea mucoasei gastrice cu H. Pylori.

Din factorii endogeni fac parte:

- stresul (evenimentele recente ale vieții particulare, suprasolicitarea nervoasă etc.);
- predispunerea ereditară;
- schimbări endocrino-metabolice;
- reacțiile alergice, în deosebi cele alimentare.

În cadrul bolilor digestive un nivel mai mare îl au gastritele și duodenitele, enteritele și colitele neinfecțioase, litiaza biliară și colecistitele, boala ulceroasă și ciroza hepatică, cu frecvențe mai mari la sexul feminin pentru litiază biliară și colecistite. Litiaza biliară și colecistitele, gastroduodenitele, maladia ulceroasă și enterocolitele neinfecțioase (mai frecvente în prima parte a vieții active) și ciroza hepatică (mai frecventă în a doua parte a vieții active) ocupă ponderea cea mai mare a spitalizării.

Factorii cauzali sau cu risc de îmbolnăvire ai celor trei grupe de boli cronice digestive (maladia ulceroasă, enteropatiile și hepatopatiile cronice) sunt multipli și în parte comuni acestora, un grup de factori sunt particulari fiecărei boli, iar unele din bolile cronice digestive sunt consecințe ale bolilor generale ori numai ale bolilor tubului digestiv. Ei pot fi arbitrar grupați în: ereditari, imuni, toxici, infecțioși, din mediul și modul de viață, datorită bolilor generale ale organismului ce pot interesa aparatul digestiv. Coexistența mai multor factori în declanșarea sau întreținerea uneia din bolile cronice digestive se întâlnește în cea mai mare parte din cazuri. Cunoștințele acumulate asupra unora dintre factorii cauzali cu risc de îmbolnăvire și eficiența verificării prin intervenția asupra lor arată o largă arie de disponibilitate de măsuri profilactice, atât prin atitudinea activă a serviciilor medicale, cît și prin comportamentul avizat corect al populației. Pe lângă cercetările fundamentale, studiile epidemiologice în populație au mare valoare în cunoașterea factorilor cauzali și în orientarea priorității de intervenție.

Factorii ereditari se referă la defecte biochimice fundamentale, precum: aminoacidopatiile prin erori biochimice de observație (la nivelul enterocitului și tubilor

renali), carenţa de betalipoproteine (acantocitoza), malabsorbţia ereditară de cloruri, icterele dienzimatice, polipoza familială etc.

6.3. PREVENIREA MALADIILOR GASTROINTESTINALE ŞI ASISTENŢA MEDICALĂ BOLNAVILOR

Până la cunoaşterea factorilor cu acţiune nespecifică ce intervin în forme de boli autoimune (în hepatita cronică, rectocolita hemoragică, gastropatia biermeriană), măsurile profilactice vizau prevenirea celorlalţi factori ce declanşează boala sau provoacă cronicizarea ei.

Profilaxia la vârstele tinere a infecţiilor digestive (enteroviroze, bacterioze, parazitoze) evită o mare pondere de boli cronice (gastrite, enterocolite) ale adultului şi vârstnicului. Un loc aparte în acest grup de factori îl ocupă hepatopatiile cronice în care hepatitele cronice după hepatita virală (în condiţiile epidemiologice ale republicii) reprezintă majoritatea, iar cele de altă etiologie (toxică, procese autoimune etc.) reprezintă o pondere mai redusă.

Reducerea frecvenţelor sau gravităţii unor boli generale care interesează şi aparatul digestiv (nevrozele şi bolile alergice cu manifestări digestive, ateroscleroza ce poate genera sindroame ischemice acute sau cronice, colagenozele, hemopatiile etc.) realizează reducerea bolilor cronice digestive.

Medicamente (generatoare de gastro- sau hepatopatii), aditivi alimentari, diverse noxe din mediul de muncă sau casnic pot participa la declanşarea sau întreţinerea acestor boli cronice digestive.

Factorii din mediul şi modul de viaţă, multipli şi obişnuit asociaţi, participă cu importantă pondere în apariţia şi întreţinerea bolilor cronice digestive. Ritmul neregulat în alimentaţie şi în funcţionarea organelor digestive, stresul, produsele alimentare netolerate (care provoacă tulburări pentru că nu pot fi scindate sau absorbite, cele care produc alergii, condimentele etc.), pregătirea culinară necorespunzătoare, trecerea bruscă de la un tip de hrană la altul, alterarea proporţiei uzuale dintre produsele alimentare, conservanţii şi produşi iritanţi din alimente, excesul de băuturi alcoolice, fumatul etc. reprezintă factori ce condiţionează apariţia sau întreţinerea gastritelor şi duodenitelor cronice, a bolii ulceroase, a enterocolitelor, hepatitelor cronice, litiazei biliare. Intervenţia unui factor în combinarea acestor factori de mediu, aşa cum s-a observat în ulcerul duodenal sau în litiaza biliară, pledează pentru complexitatea investigării şi a măsurilor profilactice. Rezultă că urbanizarea şi industrializarea – incriminate în determinarea unora dintre aceste boli cronice digestive – sunt mai curând expresii ale factorilor citaţi şi ale comportamentului individual pentru prevenirea acestora.

Profilaxia primară a bolilor cronice digestive prevede evitarea factorilor ce condiţionează apariţia sau întreţinerea acestora şi este posibilă mai ales în cazul factorilor infecţioşi şi al bolilor generale ce afectează aparatul digestiv, al asociaţiilor variabile de factori de mediu, alimentari şi comportamentali. Stabilirea factorilor sau atitudinilor de protecţie, particularităţilor legate de starea fiziologică sau de vârstă ale individului asigură atât prevenirea acestor boli, cât şi realizarea rolului aparatului digestiv în nutriţia organismului.

Profilaxia secundară, prin cunoaşterea precoce a bolii, bolnavilor şi a grupelor expuse la factorii de risc identificaţi, realizează reducerea gravităţii, a recidivelor şi consecinţelor acestora.

Profilaxia terţiară, prin stabilirea restantului funcţional – dispensarizarea, prin obţinerea unui comportament de protecţie şi prin tratamente (dietă, ape minerale etc.), asigură evitarea agravărilor, complicaţiilor şi menţinerea capacităţii de muncă.

Micşorarea morbidităţii prin maladiile gastrointestinale depinde de:

- Monitorizarea şi evaluarea stării sănătăţii populaţiei pentru depistarea la timp a unui început de maladie.
- Evidenţa efectivă la medicul de familie cu scopul monitorizării pacienţilor care suferă deja de o maladie a aparatului digestiv.
- Perfectarea asistenţei medicale primare care trebuie să ducă o muncă de educaţie pentru sănătate în aspect medical.
- Organizarea cursurilor, publicarea bucletelor pentru părinţi, elevi, învăţători, psihologi şi medici de familie privind modul sănătos de viaţă.

CAPITOLUL 7

DIABETUL ZAHARAT

7.1. PROBLEMELE ACTUALE ŞI ASPECTELE EPIDEMIOLOGICE

Diabetul zaharat a devenit o problemă de Sănătate Publică atât în ţările dezvoltate cât şi în ţările în curs de dezvoltare. Proporţia diabeticilor în populaţia generală este de 2% până la 4% şi de 7-9% la grupele de vârstă de peste 45 de ani. Prin creşterea mortalităţii şi a riscului de complicaţii vasculare, renale, renopatii şi neuropatii diabetul a devenit o maladie cu impact major asupra individului familiei, societăţii şi care ridică probleme serioase de depistare, profilaxie şi tratament al serviciilor de sănătate în acest domeniu.

După datele OMS, în Europa diabetul zaharat afectează aproximativ 32,5 milioane de persoane.

Date epidemiologice recente pentru Republica Moldova au pus la evidenţă un procent de 3,5% diabetici la grupele de vârstă de peste 45 de ani, numărul total de bolnavi de diabet zaharat constituind mai mult de 40 000 de persoane.

Cercetările în acest domeniu estimează că riscul de a face de-a lungul vieţii un diabet zaharat este de cca 10-15% cu valori mai înalte la copii şi la populaţia vârstnică. S-a constatat că 10-20% din persoanele diabetice sunt „insulinodependente", dar chiar şi cei care sunt „non-insulinodependenţi" au nevoie de insulină în mod suplimentar, dacă se doreşte un control metabolic optimal.

Un grup de studiu al OMS în problema prevenţiei diabetului zaharat, reunit la Geneva, a apreciat că diabetul zaharat poate deveni a treia problemă pentru Sănătatea Publică în viitor, dacă nu se vor lua măsuri energice de intervenţie primară, secundară şi terţiară.

Congresul de la Saint-Vicent, Italia 1989, privind problemă de sănătate publică reprezentată de diabet, a inclus în programele de profil scăderea cu minimum $^1/_3$ a numărului complicaţiilor oculare şi cu $^1/_2$ a cazurilor de amputaţie pentru gangrena diabetică, scăderea ratei mortalităţii prin maladii coronariene, diabetice şi a riscului mamelor diabetice la naştere.

7.2. DIN ISTORICUL DIABETULUI ZAHARAT

Descoperirea diabetului zaharat se atribuie lui Thomas Willis (1674), profesor la Universitatea din Oxford, care, gustând urinele bolnavilor, a constatat gustul dulce al acestora comparabil cu cel al mierii. Boala a fost semnalată, însă, cu multe mii de ani înaintea erei noastre. Cele mai vechi documente scrise, privind diabetul zaharat, sunt cele din papirusurile din Theba, care ar data din anul 1550 î.Hr., în care este menţionată o boală asemănătoare cu diabetul zaharat din

zilele noastre. Din vechile documente chineze, indiene, egiptene şi arabe rezultă date asemănătoare.

Denumirea de diabet a fost dată bolii de către Areteus din Cappadochia (anul 30-60 e.n.). William Gullen (1709-1790) adaugă la denumirea bolii adjectivul „mellitus", creând termenul de „diabet zaharat", pentru a-l diferenţia de diabetul insipid.

Prima sinteză a datelor cunoscute despre diabet în acea epocă este făcută de Bouchardat, în anul 1829. Tot el propune şi un tratament al diabetului zaharat bazat pe restricţia de glucide.

Cu timpul s-au acumulat date importante privind diabetul zaharat. Claude Bernard (1847) descoperă rolul ficatului în glicogeneză. Petters (1857) şi Kaulich (1860) semnalează acetonuria. Gerhardt (1884) descrie prezenţa acidului diacetic în urinele unor bolnavi de diabet, iar în 1888 este descoperit acidul beta-hidroxibutiric (Kulz şi Minlowski). Tulburările produse de prezenţa acestor substanţe în organismul diabeticilor au fost descrise de Naunyn, sub numele de acidocetoză. Van Slike (1917) defineşte noţiunea de rezervă alcalină, iar lucrările contemporane ale lui relevă tulburările hidroelectrolitice din cursul acidocetozei.

Începând din secolul al XIX-lea, oamenii de ştiinţă au început să se ocupe de cauzele, care duc la apariţia diabetului zaharat. La 8 iunie 1889, J. Mehring, împreună cu Oscar Minkowski, publică obţinerea diabetului zaharat experimental după pancreatectomie (scoaterea pancreasului) la câini. Despre această realizare, diabetologul american Major spune: „faptul că s-a descoperit că pancreatectomia duce la diabet zaharat, care pune viaţa în pericol, poate că a fost cea mai mare descoperire a medicinei".

La puţin timp după această descoperire, Minkowski demonstrează experimental că insulele descrise de Langerhans sunt sediul fabricării unui hormon antidiabetic, care trece direct în sânge prin peretele vascular şi care are proprietatea de a metaboliza glucoza. Kussmaul descrie coma diabetică (1874), iar la 11 ianuarie 1922 un tânăr internat în comă diabetică la un spital din Toronto este salvat de la moarte datorită insulinei.

Descoperirea insulinei (1921), care a deschis o eră nouă în tratamentul diabetului zaharat, a fost marcată prin acordarea premiului Nobel în anul 1932 lui Frederik Banting şi Mac Leod. Descoperirea insulinei îi revine, după cum a demonstrat recent I. Pavel şi colaboratorii, savantului român Nicolae Paulescu, care publicase cu 8 luni înaintea cercetărilor canadienilor premiaţi rezultatele experienţelor sale privind acţiunea pancreinei, nume dat de autor insulinei. Meritul savantului român privind prioritatea descoperirii insulinei este incontestabil. Viaţa a milioane de diabetici a fost prelungită cu zeci de ani ca urmare a acestei descoperiri.

În anul 1954 Sanger descoperă formula chimică a insulinei arătând că aceasta este compusă din 51 de aminoacizi.

În ultimul timp s-a văzut că la unii bolnavi de diabet cu vârsta de peste 40 de ani există suficiente rezerve de insulină, spre deosebire de diabetul apărut la tineri, sub vârsta de 40 de ani, unde există o scădere importantă a insulinei.

Progresele remarcabile din ultimii ani n-au reuşit totuşi, să clarifice o serie de probleme fundamentale în diabetologie, privind în special cauzele care duc la apariţia bolii şi modul de acţiune al insulinei. Cercetările, căror rezultate sperăm că nu

vor întârzia să se arate, vor îmbunătăţi cu siguranţă tratamentul diabetului zaharat, contribuind în mai mare măsură la evitarea complicaţiilor acestei boli, în prezent destul de frecvente.

7.3. DEFINIŢIE, ETIOLOGIE, FACTORI DE RISC

Diabetul zaharat este o boală cu evoluţie cronică şi largă răspândire, fără cauză precizată, în care rolul principal îl deţin tulburările secreţiei de insulină cu perturbări importante în organism, în special în sectorul metabolic şi vascular.

Descoperite la timp, tulburările metabolice pot fi corectate, iar complicaţiile evitate, întârziate sau cu mult ameliorate. Depinde de grija care se acordă bolii pentru a avea, în cazul diabetului, o viaţă normală.

Dacă în trecutul nu prea îndepărtat diabetul zaharat nu era cunoscut decât ca o raritate şi considerat ca o boală a celor avuţi, în prezent el a devenit o boală obişnuită, întâlnită la toate grupele de vârstă şi păturile sociale.

În prezent dispunem de metode eficiente pentru descoperirea bolii cu mult înainte de apariţia semnelor clinice care o caracterizează. Pentru aceasta este necesar, ca persoanele predispuse la diabet să se prezinte la medic. Gratuitatea totală a serviciilor medicale privind prevenirea şi tratamentul diabetului zaharat în ţara noastră oferă fiecărei persoane posibilitatea controlului antidiabetic.

Etiologie.

Deşi boala este cunoscută de peste 3 000 de ani, cauza ei rămâne încă neprecizată. Se cunosc, însă, în prezent o serie de circumstanţe, care favorizează apariţia diabetului zaharat. Acestea sunt cunoscute sub denumirea de „factori de risc diabetogen". Unii dintre aceştia se întâlnesc în mediu, iar alţii fac parte din însăşi structura organismului persoanelor, la care se va dezvolta în timp diabetul zaharat.

Factorul genetic şi ereditar este la ora actuală considerat ca cel mai important factor de risc diabetogen. Ereditatea cuprinde, aşadar, o serie de caractere de ordin fizic şi biologic, pe care o persoană le moşteneşte de la părinţii, bunicii sau străbunicii săi.

Studiile statistice au arătat că diabetul zaharat apare mai mult în familiile în care există deja diabetici. Analiza arborelui genealogic (rudelor de sânge apropiate) arată că în familia unui diabetic apar, în timp, noi cazuri de diabet. Cercetările au confirmat ereditatea la 29,2% din cazurile de diabet dispensarizate la Centrul antidiabetic, supravegheate timp de peste 10 ani. În literatura medicală ereditatea n-a putut fi demonstrată la mai mult de 50-60% din cazuri.

Însă din anul 1902 se ştie că factorii ereditari, care determină dezvoltarea caracterelor şi însuşirilor organismului se găsesc în cromozomi (formaţiuni aflate în interiorul nucleului celulelor organismului). Se cunoaşte, de asemenea, precis, din anul 1964, modul în care se realizează transmiterea informaţiei ereditare. Cu toate acestea, cercetările electrono-optice n-au reuşit să pună în evidenţă, până în prezent, modificări ale cromozomilor la diabetici, iar studiile imunologice şi biochimice n-au stabilit nici o particularitate a persoanelor predispuse la această boală (*tabelul 79*). Nu există un acord între cercetători nici asupra modului în care se face transmiterea caracterelor ereditare. De aceea atenţia ce se acordă în prezent cercetărilor constă în precizarea tulburărilor metabolice iniţiale transmise ereditar ca şi a defectelor ereditare în funcţia celulelor secretoare de insulină.

Tabelul 79

Proporția diabetului ereditar şi dobândit la un lot de 339 diabetici

Diabet ereditar		Diabet dobândit		Total
Masculin	58 de cazuri	Masculin	142 de cazuri	200 de cazuri
Feminin	41 de cazuri	Feminin	98 de cazuri	139 de cazuri
Total	99 de cazuri	Total	240 de cazuri	339 de cazuri
Procent % 9.2		Procent % 0.8		100%

Ereditatea, recunoscută în prezent de majoritatea autorilor drept cauza cea mai frecventă a diabetului zaharat, nu explică apariția tuturor cazurilor de boală şi ceea ce este mai important este faptul că nu se transmite boala ca atare, ci numai „predispoziția" la boală. Pentru apariția bolii este necesară intervenția altor factori din mediul intern şi extern asupra cărora se poate acționa.

Obezitatea ocupă locul al doilea în rândul factorilor de risc diabetogen, după ereditate. Se încadrează în obezitate toate persoanele a căror greutate corporală depăşeşte cu peste 20% din greutatea ideală.

Cercetările recente au arătat, însă, că diabetul la obezi nu apare atât prin epuizarea secreției de insulină, cât printr-o rezistență periferică la acțiunea insulinei. Această părere a fost confirmată de constatarea că în obezitate insulina din sânge nu este scăzută, ci din contră chiar mai crescută decât la persoanele cu greutatea normală.

Rolul infecțiilor în declanşarea diabetului zaharat este de multă vreme luat în considerare. Cercetările s-au referit în special la acele infecții cunoscute ca interesează şi pancreasul în cursul evoluției lor. Pe baza acumulării unui bogat material de observație clinică, a cercetărilor epidemiologice şi experimentale s-a conturat în prezent ipoteza că unele virusuri joacă un anumit rol în apariția diabetului zaharat.

Unele intoxicații cu alcoolul, tutunul, intoxicațiile cu oxid de carbon pot favoriza, de asemenea, apariția diabetului zaharat. Alcoolul, producând pancreatite, hepatite cronice şi ciroze, poate duce la apariția diabetului zaharat. Fumatul creşte pe de o parte, secreția de adrenalină, iar pe de altă parte concentrația oxidului de carbon din sânge, ambele cu rol favorizant în producerea diabetului. Intoxicația cu oxid de carbon poate produce diabetul prin acțiunea sa directă asupra centrilor nervoşi.

Ateroscleroza, fără să joace un rol deosebit de important este admisă ca putând să participe la apariția diabetului zaharat la vârstnici. Prin îngroşarea peretelui arterelor, care irigă pancreasul, îl poate lipsi de materialul necesar formării insulinei, iar prin îngroşarea membranei bazale a capilarelor insulelor Langerhans împiedică trecerea insulinei formate de pancreas în circulația sangvină.

La baza constituirii şi declanşării infarctului miocardic stă de asemenea ateroscleroza, favorizată deseori de existența unui diabet zaharat necunoscut, care se evidențiază, de obicei, odată cu infarctul sau atunci când se cercetează în mod special.

Cauzele diabetului zaharat sunt aşadar multiple şi variate, iar tratamentul său profilactic şi curativ trebuie să se adreseze în primul rând îndepărtării lor.

Cunoscând bine factorii de risc diabetogen şi înțelegând modul în care ei acționează pentru producerea bolii, se poate obține o participare individuală şi colectivă în înlăturarea lor şi ca urmare în lupta împotriva diabetului zaharat.

Factorii de risc

Profesiunea. Ocupaţiile sedentare, funcţionarii, casnicele etc., activităţile care sunt expuse unor emoţii mari sau cu mare responsabilitate, medici, conducători de instituţii, contabili, cât şi cei expuşi unei supraalimentaţii, bucătărese, cofetari, ospătari, brutari prezintă o frecvenţă semnificativ mai crescută a diabetului zaharat.

Factorul emotiv reprezentat fie de provocarea unui şoc stresant, fie de unele situaţii emotive continue repetate, prin faptul că favorizează hiperfuncţia glandelor adrenergice şi simpaticotonice, poate avea uneori un rol etiologic.

Mediul geografic. Evident în ceea ce priveşte morbiditatea diabetului zaharat, influenţa mediului geografic, privită în întreagă sa complexitate nu poate fi ignorată. Sunt cunoscute studii care constată raritatea diabetului zaharat la eschimoşi, la malaiezi, la indienii din Africa de Sud, spre deosebire de alte zone, mai ales cele Europene şi cele din America de Nord în care diabetul zaharat este frecvent.

Iniţial aceste diferenţe au fost atribuite unei ipoteze rasiale faţă de diabetul zaharat. În prezent este unanim admis că morbiditatea diabetică este în strânsă corelaţie cu nivelul de trai, cu condiţiile de muncă sau cu gradul de civilizaţie al respectivei zone geografice. Nu faptul că individul locuieşte într-o anumită zonă geografică sau că aparţine unei anumite rase sau etnii este cauza bolii, ci modul de viaţă, obiceiurile şi tradiţiile constituie elementul determinant al variaţiei mari a indicilor morbidităţii diabetice în diferite zone ale Globului.

Vârsta. Diabetul zaharat poate surveni la orice vârstă, prezentând însă o serie de variaţii în raport cu aceasta. Astfel, sub aspectul incidenţei, diabetul este mai rar în copilărie, creşte uşor în pubertate, atingând o frecvenţă maximă la vârsta adultă, pentru ca apoi să continue progresiv. În ceea ce priveşte indicele de prevalenţă, datorită supravieţuirii îndelungate a diabeticilor, acesta prezintă o directă proporţionalitate cu vârsta, valorile maxime fiind întâlnite la grupa de 60-70 de ani, după 75 de ani fiind în scădere.

O statistică a lui Joslin, efectuată pe 4 632 de cazuri de diabet, arată că sub aspectul vârstei de depistare 5,0% din diabetici au fost descoperiţi în prima decadă, 24,4%, aproape un sfert – în decada a şasea (între 50-59 de ani), pentru ca în decadele 7 şi 8 să nu fie depistaţi decât 3,2% diabetici. Acelaşi fapt reiese şi din statisticile lui Montenera şi Cechetti, pe 5 532 de diabetici, care constată că din totalul diabeticilor doar 3,5% au fost depistaţi după vârsta de 70 de ani (4,7% bărbaţi şi 2,7% femei).

Sexul. Se pare că sexul ar avea un rol important în etiologia diabetului zaharat. Dacă în trecutul apropiat în ţările în curs de dezvoltare exista o predominanţă a diabetului zaharat la bărbaţi, în prezent în ţările dezvoltate se înregistrează o frecvenţă mai ridicată la femei. După o statistică efectuată la Bucureşti pe 1 000 de cazuri, proporţia pe sexe este de 58,8% la bărbaţi şi 41,2% la femei.

Se pare că în prezent frecvenţa diabetului zaharat la femei este într-o creştere continuă. Cauzele acestei creşteri ar fi multiple. Dintre ele menţionăm: modificarea modului de viaţă printr-o participare din ce în ce mai activă în procesul de producţie şi în viaţa socială, viaţa cotidiană mai stresantă, creşterea duratei medii de viaţă. În general se apreciază că femeile manifestă o sensibilitate mai crescută, un prag de rezistenţă nervoasă mai diminuat şi o capacitate de adaptare la mediu mai redusă.

Mediul rural şi urban. În marea majoritate a cazurilor de diabet zaharat, incidenţa bolii este mai crescută în mediul urban decât în cel rural. Este şi aceasta

o consecinţă nu numai a unei mai bune depistări şi a stabilirii unui diagnostic mai prompt în urban, dar şi o reflectare a vieţii citadine mai stresante şi mai trepidante, asociată cu prezenţa mai pregnantă la oraş a unor factori de risc: obezitatea şi sedentarismul, alimentaţie neraţională.

Faptul, însă, nu constituie o regulă, deoarece, în funcţie de anumiţi factori specifici, există zone, chiar şi la noi în ţară, în care morbiditatea diabetică în mediul rural o depăşeşte pe cea din urban.

Factorii specifici femeii. Avorturile spontane repetate, naşterile de macrosomi (copii cu greutatea de peste 4 kg) sunt un indiciu de prezumţie privind existenţa unui diabet.

Factorul iatrogen. Administrarea unor medicamente ca sulfamide, diuretice, neuroleptice, cortizol etc. prin faptul că provoacă o hipersecreţie de adrenalină şi, secundar, o diminuare a insulinei sunt incriminate în producerea diabetului zaharat, mai ales la persoanele care prezintă o predispoziţie ereditară.

Diabetul zaharat este o boală cu evoluţie cronica apărută prin alterarea secreţiei de insulină, care determină modificări majore în metabolismul glucozei in organism. În loc să fie folosita ca substanţă nutritivă de către celule, glucoza rămâne în sânge sau este eliminată prin urină.

Există mai multe tipuri de diabet, toate caracterizate prin incapacitatea de absorbţie a zahărului din sânge, dar având cauze diferite.

Cele mai frecvente tipuri de diabet sunt:

- diabetul zaharat tip 1;
- diabetul zaharat tip 2.

Clasa I.

A. DZ tip I insulino-dependent (juvenil).

- apare la copil sau adult tânăr (<40 ani);
- exista o predispoziţie genetică.

B. DZ tip II (de maturitate).

- bolnavii pot fi obezi sau nu;
- factorii genetici sunt foarte puternici;
- sunt implicaţi si factorii de mediu.

C. DZ asociat altor afecţiuni.

- în urma unor modificări hormonale, tratamente medicamentoase, după rezecţii pancreatice.

Clasa II.

Toleranţă insuficientă la glucoză, întâlnită la obezi sau nonobezi ori în asociere cu alte sindroame sau boli.

Clasa III.

Diabet gestaţional – apare la gravidele susceptibile.

Clasa IV.

Clasă cu risc statistic crescut – (a) pacienţii sunt normali, dar în trecut au prezentat un episod de hiperglicemie; (b) membrii unor familii la care predispoziţia genetică ridica probleme. Se mai numeşte şi diabet insulino-dependent, deoarece în momentul diagnosticului producţia proprie de insulină este extrem de mică sau

absentă, fiind necesară administrarea insulinei chiar de la început. Nu există alte medicamente care sa înlocuiască insulina.

Distrucţia celulelor beta-pancreatice se face printr-un mecanism imunologic (organismul, prin sistemul sau de apărare - sistemul imun, distruge aceste celule).

Vârsta la care apare diabetul insulino-dependent este de până la 40 de ani pentru majoritatea bolnavilor. Aproape toţi cei la care boala debutează pana la 30 de ani prezintă acest tip de diabet.

Factori etiologici:

- ereditatea;
- obezitatea, sedentarismul;
- stresul;
- substanţe chimice şi medicamente (corticoizi, diuretice, anticonvulsive);
- stare de rău;
- astenie;
- prurit cutanat generalizat;
- gust dulce în gura.

7.4. IMPACTUL DIABETIC ŞI OPTIMIZAREA SERVICIULUI MEDICAL

Impactul diabetului zaharat asupra calităţii vieţii se referă la percepţia individuală a efectelor bolii privind starea de bine, de confort, de siguranţă sau de satisfacţie pentru îngrijirea medicală.

Modul în care pacientul reacţionează în momentul diagnosticării diabetului, variază foarte mult în funcţie de vârsta de debut şi circumstanţele în care boala a fost descoperită: întâmplător la pacienţii asimptomatici; datorită prezenţei simptomelor clinice clasice ori a apariţiei complicaţiilor diabetice, acute sau cronice. Pentru situaţii diferite pot sintetiza numeroase variante posibile:

1. Diagnosticul diabetului zaharat insulino-dependent la un copil sub vârsta şcolară, situaţie în care principala reacţie se înregistrează în sânul familiei. Reacţia negativă a copilului este mai mult de ordin fizic (teamă de „înţepătură") decât de natură psihică profundă. Dimpotrivă, reacţia părinţilor este în primul rând o reacţie psihică. În statistica noastră 70% din părinţi acuză sentiment de disperare sau deznădejde, care este foarte violentă dacă unul din părinţi are diabet insulino-dependent. Sentimentul de vinovăţie domină tabloul („mai bine nu-l făceam", „este vina mea" etc.). Reacţia este mai atenuată dacă diabetul lipseşte din familie sau din anturajul apropiat.

2. Diagnosticul diabetului zaharat insulino-dependent apărut în adolescenţă sau în perioada şcolarizării. La aceşti pacienţi cel mai adesea se înregistrează sentimentul de revoltă, furie, neacceptare, ruşine faţă de colegi etc. Reacţia părinţilor este dublă: cea aparentă, prin care încearcă să susţină moralul copilului aflat într-o dificultate majoră, şi cea reală, uneori ascunsă cu grijă în faţa copilului, dar mărturisind deschis atunci când se discută numai cu medicul. Neliniştea, teama de viitor legată de statutul social (mai ales cel al posibilităţii întemeierea unei familii sau a împlinirilor profesionale) sunt principalele elemente ale acestei reacţii.

3. Diabetul zaharat al tânărului adult, instalat după vârsta de 25-30 de ani, adică după ce şi-a întemeiat o familie, are studiile terminate şi este deja încadrat în

muncă. La aceşti pacienţi reacţia este incomparabil mai mică şi aproape neglijabilă, dacă tipul de diabet este insulino-independent. Cele mai negative reacţii survin la persoanele a căror poziţie profesională depinde de „imaginea" pe care factorii de decizie din instituţie ar putea-o avea faţă de prezenţa bolii. Mulţi pacienţi din această categorie preferă să-şi ascundă boala, fapt ce ar putea avea efecte nedorite asupra calităţii îngrijirii afecţiunii.

4. Diabetul zaharat insulino-dependent al adultului şi vârstnicului perceput ca un handicap major. După vârsta de 60 ani şi în special la persoanele la care boala a fost descoperită întâmplător, reacţia este mult mai atenuată.

Contactul unui diabetic recent descoperit cu pacienţi prezentând complicaţii diabetice severe poate naşte două tipuri de răspuns:

– Primul este cel de depresie la gândul inevitabilităţii apariţiei unor invalidităţi viitoare. Imaginea apocaliptică a bolii ar putea fi declanşată de încercarea de a invoca aceste complicaţii ca argument în motivarea pacientului pentru a adera la programul de tratament. Rareori un astfel de tip de educaţie, bazat pe exemple negative, dă rezultatul scontat.

– Cel de-al doilea se bazează pe punerea în prim-plan a „exemplului pozitiv" oferit de diabeticii, care au supravieţuit fără complicaţii majore mai multe decenii, afirmându-se plenar în plan social sau atingând performanţele unei celebrităţi în domeniul lor (actori, artişti, oameni de ştiinţă, oameni de cultură etc). Construirea programului de educaţie pe această bază este mai potrivită şi asigură cele mai bune rezultate.

Cu timpul, de regulă după mai mult de 10 ani de evoluţie a diabetului, tulburările psihologice, care apar, se pot încadra în două mari categorii:

- Cele de tip anxietate, întâlnite în special la pacienţii insulino-trataţi. Obiectul anxietăţii este reprezentat fie de pericolul survenirii unei hipoglicemii neprevăzute, fie de apariţia unei complicaţii cronice inevitabile.
- Cele de tip depresiv, întâlnite la pacienţii care se confruntă deja cu unele complicaţii, precum impotenţa la bărbaţii tineri, câştigul necontrolat în greutate la femeile tinere, instalarea unei perioade de instabilitate a bolii greu de controlat etc. În cazuri extreme, probabil pe un teren psihotic, depresia poate duce la suicid.

Trebuie menţionat, totuşi, că tulburările psihice nu se întâlnesc mai frecvent la diabetici decât în alte afecţiuni cronice.

O serie de factori adiţionali participă la inducerea unor tulburări psihice: dificultăţile economice, educaţia deficitară, şomajul, singurătatea, consumul de alcool sau droguri, etc.

În fine, unele tulburări psihiatrice pot fi facilitate de personalul medical lipsit de tact şi de metoda de educaţie, prin impunerea unor restricţii alogice privind dieta, insulino-terapia şi conducerea auto, imprimând sentimentul „privării de libertate", de insecuritate şi chiar de invaliditate.

Spre deosebire de alte afecţiuni diabetul implică o puternică componentă socială. Ea decurge din nevoile specifice ale diabeticului, care încearcă să rămână o persoană activă, încadrată în muncă, lipsită de discriminări şi scutită de povara costurilor mari reclamate de o îngrijire corespunzătoare a bolii.

Odată cu pacientul, de cele mai multe ori, familia trebuie să-şi însuşească unele tehnici medicale „sacre", precum injecţia, determinarea glicemiei şi glicozuriei

cu interpretarea valorilor, întocmirea unei diete sau decompensări cetoacidotice, interpretarea unei stări de rău" etc.

Deşi prevalenţa diabetului este situată, în general, între 3 şi 6% din populaţia generală, fondurile consumate de această boală din bugetele de sănătate ale diferitor ţări se înscriu între 5 şi 9%. De exemplu, în SUA diabetul cunoscut reprezintă 4,5% din populaţie, iar consumul din bugetul de sănătate este de 14,6%.

Principalul cost al diabetului rezultă din spitalizările datorate complicaţiilor cronice. Din 1 000 de diabetici, 150 sunt spitalizaţi într-un an pentru o astfel de complicaţie faţă de numai 50 de suferinzi de alte afecţiuni. În medie, pentru întreaga populaţie diabetică se înregistrează 5 zile de spitalizare/pacient/an.

Costurile pacienţilor au fost împărţite în trei categorii: costuri „mici", înregistrate la diabeticii fără complicaţii, costuri „medii", înregistrate la diabeticii cu complicaţii incipiente, şi costuri „mari", înregistrate la pacienţii cu complicaţii cronice majore precum retinopatia (ce necesită tratament cu laser), insuficienţa renală cronică (ce necesită dializă), pacienţi cu infarct miocardic sau accidente vasculare cerebrale etc.

Rezultă, deci, că unul din obiectivele majore ale diabetologiei moderne este acela de prevenire cu orice preţ a complicaţiilor cronice obiective, care trebuie să rezulte nu numai din considerente de ordin umanitar, pe care se bazează medicina, cât şi din raţiuni economice. Din păcate, presiunea, la care este supus personalul medical în cazurile disperate, duce deseori la intervenţii costisitoare lipsite de logică medicală şi fără şansă de rezultat favorabil. Trebuie de înţeles că aceste costuri „gratuite" reduc drastic rezervele financiare care trebuie oferite pacienţilor recent descoperiţi, cu ajutorul cărora s-ar putea preveni instalarea complicaţiilor cronice ireversibile. De exemplu, costul zilnic al unei dialize cronice echivalează cu costurile autocontrolului glicemic a 100 de pacienţi în decurs de un an.

În lumina acestor date, obiectivele diabetologiei pot fi enunţate astfel:

1. Reducerea costurilor prin alocarea mai eficientă a resurselor financiare disponibile.
2. Îmbunătăţirea accesului tuturor diabeticilor la cea mai bună îngrijire medicală pentru această boală.
3. Atragerea pentru îngrijirea acestei boli nu numai a resurselor guvernului, dar şi a unor surse neguvernamentale.
4. Susţinerea cercetării diabetologice atât clinice, cât şi fundamentale, aceasta din urmă, deşi lipsită la prima vedere de aplicare practică, putând duce la progrese tehnice importante, aşa cum s-a dovedit a fi tehnica determinării hemoglobinei glicozilate sau autocontrolului glicemic.

Prin rigorile suplimentare pe care le reclamă, instalarea unei complicaţii cronice reprezintă un nou prag psihologic în viaţa pacientului diabetic. Acest prag este cu atât mai dificil de suportat, cu cât gradul de cultură este mai mare. Evident, semnificaţia diferitor complicaţii cronice este şi ea diferită.

Afectarea renală, în special instalarea insuficienţei renale cronice, ameninţă concret viaţa pacientului în termene temporare precise: 10 ani, 5 ani, 1 an. Hemodializa şi dializa peritoneală oferă în prezent medicului un argument valoros pentru sprijinul moral al pacientului, chiar dacă beneficiul medical este relativ modest. Totuşi, lipsa de rigoare în selectarea cazurilor pentru un program de dializă cronică riscă obţinerea unui foarte slab raport cost/eficienţă.

Pierderea vederii reprezintă o invaliditate majoră, indiferent de vârsta la care ea apare. Pacientul devine un dependent social. În cazuri foarte rare (mai ales la persoane instruite) pot fi găsite resursele interioare pentru însuşirea alfabetului Brille sau pentru desfăşurarea unei activităţi practice. În multe ţări asociaţia nevăzătorilor beneficiază de o atenţie deosebită, întrucât capacitatea intelectuală şi creativă rămâne intactă.

Disfuncţia erectilă reprezintă la vârsta tânără o problemă care capătă în unele cazuri dimensiunile unei invalidităţi comparabile cu pierderea vederii. Complicaţiile pot sta la baza deteriorării relaţiei bărbat – femeie şi pot duce chiar la divorţ. Intervenţia chirurgicală de implantare a unei proteze peniene pare să aibă mai mulţi adepţi în SUA decât în Europa.

Amputaţia reprezintă a complicaţie evitabilă, dar totuşi frecventă şi invalidantă. Invaliditatea este resimţită mai puternic la persoanele vârstnice care nu mai au forţa adaptării la o nouă condiţie. O proteză funcţională poate oferi la vârste relativ tinere (50-60 de ani) posibilitatea continuării unei vieţi active.

Neuropatia diabetică în formele ei extreme: hiperalgică (dureri intense în membrele inferioare), digestivă (diaree nocturnă), vezicală (vezica neurogenă) sau gastrică (gastroparezis diabeticorum) scad drastic calitatea vieţii acestor bolnavi atât prin suferinţa propriu-zisă, specifică complicaţiei în cauză, cât şi prin agravarea dezechilibrului metabolic.

Prin preţul îngrijirii corespunzătoare a bolii (insuline, tratament oral, teste de autocontrol, seringi), dar mai ales prin costul ridicat al complicaţiilor cronice, diabetul poate fi considerat ca una dintre cele mai costisitoare boli. Cea mai mare parte a acestor costuri o suportă (sau ar trebui să o suporte) statul. Lipsa sistemului asigurărilor de sănătate scade mult eficienţa cu care sunt folosite fondurile, adeseori gestionate în mod necorespunzător.

Costurile generale se împart în două categorii: cele directe (denumite şi medicale) şi cele indirecte (denumite şi nemedicale). Costurile directe cuprind: consultaţiile, spitalizările, transportul, medicamente specifice, testele de autocontrol, materialele specifice (seringi, pompe), vizitele la domiciliu, tehnicile de recuperare şi altele. Costurile indirecte cuprind: pierderi de producţie (spitalizări, jumătăţi de normă, învoiri), costuri intangibile: suferinţele care scad calitatea vieţii, taxe de asociaţie, educaţie, costurile nerambursate (cele legate de alimentaţie, tratamentul unor complicaţii cronice).

Programul de tratament include dieta, activitatea fizică, autocontrolul glicemic şi tratamentul insulinic sau antidiabetice orale.

Aderenţa scăzută a unor pacienţi la rigorile programului de tratament se datorează intervenţiei următorilor factori: probleme de ordin psihologic (comportament lipsit de autoconservare) sau chiar psihiatric (bulimie sau anorexie nervoasă, de exemplu), conflicte familiale sau profesionale, dificultăţi de înţelegere; capacitatea scăzută de a se adapta la condiţii noi de viaţă, mai ales în perioadele dificile (restructurări, disponibilizări de personal).

La aceşti factori, mai mult sau mai puţin subiectivi, se adaugă uneori dificultăţi de interpretare de către pacient a unei hipoglicemii sau a unei hiperglicemii, cu consecinţe negative asupra deciziei de ajustare terapeutică.

Teama de a adăuga în greutate poate fi (în special la femeile tinere) un important element de refuz al tratamentului intensificat cu insulină, care presupune un aport alimentar suplimentar în frecventele episoade hipoglicemice.

Teama (sau chiar fobia) față de hipoglicemie reprezintă principalul obstacol în obținerea unui „control metabolic strâns", aşa cum prevăd regimurile insulinice intensificate.

O etapă importantă în creşterea calității îngrijirii diabetului a constituit-o întocmirea „Programului Național de Diabet 2006", care a adus o coerență în acțiunile ce privesc organizarea asistenței medicale a diabeticilor. Obținerea gratuității pentru asistența medicală din spitale şi serviciile ambulatorii, precum şi medicația antidiabetică specifică a fost unul din obiectivele acestui program.

Pentru preşcolari problemele ridicate de diabet afectează în primul rând familia, care trebuie să asigure integral supravegherea desfăşurării programului de tratament.

Pentru elevi şi studenți responsabilitatea principală cade în sarcina pacientului, dar trebuie să participe şi personalul din învățământ (profesori). Colegii de şcoală trebuie să fie informați despre posibilitatea apariției unei hipoglicemii şi despre modul cum poate fi ea combătută. Precauțiile pentru orele de sport, pentru vizitele la muzee sau excursie în țară trebuie să vizeze respectarea orelor de tratament şi a meselor regulate. Diabeticul nu trebuie, totuşi, înconjurat cu atenție excesivă, întrucât aceasta ar putea creşte sentimentul de „diferit de ceilalți" pe care îl resimte bolnavul.

Perioada orientării profesionale este importantă pentru alegerea unei profesii care să corespundă cât mai mult atât aspirațiilor individuale, cât şi rigorilor pe care boala le presupune;

Căsătoria reprezintă o problemă dificilă pentru oricare diabetic a cărui boală a debutat în copilărie sau în adolescență. Partenerul trebuie să conştientizeze toate rigorile pe care le impune îngrijirea bolii, precum şi posibilele probleme medicale ce pot surveni după căsătorie: pierderea sarcinii la femeia diabetică, impotența la bărbat, posibilitatea apariției unor complicații cronice. Partenerul de viață trebuie să accepte sprijinul pentru îngrijirea bolii, condițiile unei posibile discriminări la locul de muncă, costurile suplimentare ale bolii.

Problemele legate de şcolarizare şi profesie. Nici o instituție de învățământ sau de cercetări nu este interzisă pacientului diabetic. Totuşi, în orientarea profesională a copilului, adolescentului sau a tânărului diabetic, aceştia vor fi orientați către profesii intelectuale sau care nu presupun efort fizic foarte mare sau un program de lucru impredictibil (militari). Vor fi evitate numai profesiile legate de siguranța circulației sau cele în care, în caz de hipoglicemie, există riscul unor accidente de muncă.

La 16 mai 2002 a fost adoptată Hotărârea „Cu privire la Programul Național de profilaxie şi combatere a diabetului zaharat „MolDiab" pentru anii 2002-2005", iar la 03 mai 2002 a fost adoptat „Programul Național de profilaxie şi combatere a diabetului zaharat „MolDiab" pentru anii 2002-2005". Acest Program Național are câteva principii generale. Programul Național de Profilaxie şi combatere a diabetului zaharat „MolDiab" pentru anii 2002-2005 are drept scop soluționarea unei probleme extrem de importante din domeniul ocrotirii sănătății, stabileşte strategia şi tactica prevenirii, depistării precoce, diagnosticului, tratamentului diabetului zaharat în vederea reducerii morbidității, invalidității şi mortalității populației, având suportul (financiar, material şi cu cadre) întregii societăți, inclusiv al sistemului existent de ocrotirea sănătății.

Programul reflectă politica de stat a RM în domeniul profilaxiei şi tratamentului diabetului zaharat, care are o pondere ridicată în structura indicilor principali ai sănătăţii. El se va realiza cu concursul tuturor instituţiilor medico-sanitare din ţară, cu participarea directă a structurilor de stat, unităţilor economice, de învăţământ, mass-media şi altor instituţii. Programul Naţional va fi susţinut şi finanţat de stat în conformitate cu legislaţia în vigoare.

La baza profilaxiei primare a diabetului zaharat se află concepţia de combatere a factorilor de risc pentru diabet: factorii nocivi, pancreatotropi (chimici, virali), hipodinamia, hiperlipidemia, fumatul, abuzul de alcool, hipertensiunea arterială, ateroscleroza, diabetul în familie, ereditatea pozitivă pentru diabet, alte afecţiuni endocrine.

Activităţile de combatere a factorilor de risc vor fi realizate atât la nivelul populaţiei în ansamblu, cât şi în mod individual la persoanele cu grad de risc sporit. O deosebită atenţie se va acorda lucrului profilactic cu copiii, adolescenţii, tineretul: în familie, în instituţiile de învăţământ şi la locul de muncă.

1. Prevenirea diabetului zaharat.

– Elaborarea şi realizarea măsurilor de combatere a factorilor de risc ai diabetului: depistarea şi evidenţa persoanelor cu ereditate pozitivă pentru diabet, în special dintre copii şi adolescenţi prin examinări preventive; aplicarea metodelor nemedicamentoase de combatere a hiperglicemiei tranzitorii în situaţii de stres (infecţii, traume psihice); depistarea persoanelor obeze şi aplicarea metodelor de păstrare a „masei corporale normale"; depistarea persoanelor cu hipertensiune arterială, ateroscleroză, hipercolesterolemie, aplicarea metodelor de combatere a acestora şi păstrarea normoglicemiei; derularea acţiunilor de combatere a fumatului, alcoolismului, interzicerea folosirii în alimentaţie a produselor alimentare impure din punct de vedere ecologic, preparatelor medicamentoase diabetogene etc.

– Elaborarea actelor normative necesare pentru asigurarea realizării Programului Naţional „MolDiab".

– Perfecţionarea formelor şi intensificarea activităţii profilactice la toate nivelurile sistemului de ocrotire a sănătăţii: difuzarea în masă a cunoştinţelor „lupta pentru masa corporală normală"; propagarea nivelului sănătos de viaţă prin mijloace de informare în masă: televiziune, radio, reviste, ziare. Propagarea limitării glucidelor rafinate şi grăsimilor în raţia alimentară; educaţia sanitară a copiilor în instituţiile de învăţământ şi în familie; propagarea educaţiei fizice şi a sportului în rândul elevilor, tineretului.

– Instruirea lucrătorilor medicali în problemele diabetologiei preventive.

– Implementarea în practica medicală a programului cu privire la profilaxia diabetului în cadrul „şcolii diabetului" şi în Centrele Medicilor de Familie, recomandat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, conform prevederilor Declaraţiei de la Saint-Vincent.

– Prevenirea malformaţiilor congenitale la nou-născuţi prin protejarea gravidelor, examinarea glicemiei, efectuarea testului oral de toleranţă la glucoză, determinarea hemoglobinei glicozilate, microalbuminuriei, examenul medico-genetic şi ultrasonografic al femeilor gravide. Organizarea pentru bolnavii cu diabet, conform normativelor, a cabinetelor de consultaţii în problemele reproducerii şi planificării familiei.

2. Depistarea precoce, diagnosticul şi tratamentul diabetului zaharat, profilaxia secundară.

– Asigurarea funcţionării eficiente a cabinetelor endocrinologice în instituţiile medicale judeţene, municipale şi sectoriale, completarea statelor conform normativelor în vigoare.

– Înzestrarea secţiilor specializate de endocrinologie cu utilaj diagnostic şi curativ, cu medicamente de prima necesitate pentru acordarea asistenţei medicale calificate bolnavilor cu diabet.

– Organizarea depistării precoce a diabetului prin investigarea în masă a populaţiei care prezintă riscul de a se îmbolnăvi de diabet cu ajutorul testului oral de toleranţă la glucoză.

– Dispensarizarea bolnavilor cu diabet zaharat: asigurarea (de către stat) a tratamentului gratuit antidiabetic cu insulină şi hipoglicemiante orale; respectarea principiilor compensării cu obţinerea normoglicemiei şi glucozuriei în condiţii de staţionar şi ambulatoriu la majoritatea bolnavilor drept măsură de prevenire a complicaţiilor diabetice; crearea registrului naţional al bolnavilor cu diabet conform Programelor OMS „EPI-Info" şi „Deab-Care"; dezvoltarea şi extinderea aplicării metodelor de tratament al bolnavilor cu forme incipiente de diabet, cu hiperglicemie bazală alterată, toleranţă la glucoză alterată, prediabet, diabet latent; Organizarea unei secţii de diabetologie pentru femei diabetice gravide şi nou-născuţi din părinţii diabetici.

– Alocarea anuală de fonduri pentru tratamentul complex a minimum 1 000 de bolnavi cu „picior diabetic" pentru efectuarea hemodializei a 1 000 de pacienţi cu nefropatie diabetică şi cu insuficienţă renală şi pentru supunerea fotocoagulării cu laser a 1 000 de pacienţi cu retinopatie.

– Organizarea şi extinderea secţiilor de recuperare a pacienţilor cu diabet, în special cu complicaţii tardive, după principiul staţionar-sanatoriu-asistenţă medicală primară pentru adulţi şi pentru copii, în conformitate cu reglementările în vigoare.

– Optimizarea şi elaborarea metodelor de tratament în dependenţă de tipul diabetului, gradul decompensării, prezenţa şi caracterul complicaţiilor diabetice.

– Realizarea controlului calităţii tratamentului diabetului zaharat conform cerinţelor OMS şi Programului „Diab-Care", cu dozarea hemoglobinei glicozilate, glicemiei, lipidemiei şi altor indicii metabolici, asigurând în acest scop secţiile de endocrinologie cu aparataj special pentru determinarea hemoglobinei glicozilate şi cu analizatoare biochimice.

– Implicarea în combaterea diabetului a asociaţiilor şi organizaţiilor obşteşti şi neguvernamentale, pentru o participare mai amplă a populaţiei la îngrijirea şi ajutorarea acestor bolnavi.

3. Asistenţa de urgenţă.

– Perfecţionarea asistenţei de urgenţă a bolnavilor cu diabet zaharat prin asigurarea funcţionalizării secţiilor specializate de endocrinologie, dotarea cu utilaj şi cu echipamente şi materiale de laborator, conform normativelor de înzestrare; dotarea secţiilor (laboratoarelor) de profil general din spitalele orăşeneşti, judeţene, sectoriale cu mijloacele necesare pentru diagnostic şi acordarea de ajutor medical bolnavilor cu diabet în stare de decompensare şi comă diabetică. Crearea în insti-

tuțiile medicale republicane, județene, municipale și sectoriale a condițiilor pentru terapia intensivă, insulino-terapia intensivă. Dotarea cu aparataj pentru monitorizarea diabetului cu dozarea glicemiei, glucozuriei, cetonuriei, echilibrului acidobazic etc. și corecția metabolică respectivă, ameliorarea asistenței medicale de urgență pentru pacienții diabetici din mediul rural.

4. ***Cercetările științifice și pregătirea cadrelor.***

– Efectuarea investigațiilor fundamentale și aplicative în domeniul diabetologiei, în special în problemele epidemiologiei diabetului, angiopatiilor diabetice, diagnosticului funcțional, neinvaziv, hormonal și imunologic, tratamentului și recuperării pacienților cu diabet, inclusiv copii și adolescenți.

– Crearea unui centru de diagnostic neinvaziv pentru cercetarea dereglărilor funcționale la bolnavii cu „picior diabetic" cu angiopatii și nefropatii diabetice, dotat cu utilajul și aparatajul medical respectiv – asigurarea funcționării laboratorului „implant de celule Beta" pentru bolnavii cu diabet zaharat în baza USMF „N.Testemițanu".

– Pregătirea postuniversitară și reciclarea periodică a medicilor specialiști în domeniul diabetologiei, conform programelor europene: 3 ani de rezidentură și 2 ani de secundariat clinic în endocrinologie sau diabetologie.

5. ***Realizarea și asigurarea financiară a Programului Național „MoldDiab".***

– Finanțarea Programului Național „MoldDiab" din bugetul de stat și din bugetele locale în limitele alocațiilor anuale prevăzute în acest scop.

– Instituirea în cadrul MS și PS a unui comitet de o coordonare a Programului Național „MoldDiab" cu implicarea specialiștilor ministerelor și departamentelor interesate, asociațiilor și organizațiilor neguvernamentale.

6. ***Monitorizarea și evaluarea.***

– Efectuarea controlului permanent privind realizarea programului cu prezentarea notelor informative pentru a fi examinate în cadrul ședințelor colegiului MS.

7.5. MĂSURILE DE DEPISTARE ȘI COMBATERE A DIABETULUI ZAHARAT

Prin continua sa extindere și prin invaliditățile pe care le produce, diabetul zaharat a devenit o importantă boală socială. La ora actuală profilaxia sau prevenirea bolii este singura metodă în măsură să oprească extinderea bolii și să evite complicațiile ei. Măsurile de prevenire sau preîntâmpinare a bolii își au locul și rostul numai înainte de apariția bolii. După declanșarea diabetului măsurile de prevenire urmăresc alt obiectiv: evitarea complicațiilor bolii.

Cauza diabetului zaharat nefiind precis cunoscută, prevenirea bolii este dificilă. Împotriva cui să lupți? Deși cauza este necunoscută, au fost precizați factorii care ajută declanșarea bolii. Aceștia sunt cunoscuți sub denumirea de „factori de risc diabetogen".

a) Cel mai important factor de risc diabetogen este ***ereditatea***. Nu se moștenește boala ca atare, ci predispoziția la boală. Știm cine este predispus la diabet: persoanele care au în familie diabetici, rude de sânge apropiate (părinți, copii, frați, unchi, veri, mătuși, bunici etc.). Ei vor trebui să ducă o viață rațională, să nu se îngrașe, să nu abuzeze de dulciuri și să se prezinte la control medical periodic.

Cercetările epidemiologice au demonstrat cu certitudine că cel mai mare număr de diabetici se recrutează dintre rudele bolnavilor de diabet. Controlul glicemiei şi glicozuriei, analizele excelente pentru supravegherea diabetului nu au nici o valoare în descoperirea precoce a bolii.

b) ***Obezitatea*** este astăzi bine cunoscută ca jucând un rol important în apariţia diabetului zaharat. Ea grăbeşte declanşarea bolii la persoane predispuse, agravează boala când există şi favorizează apariţia complicaţiilor diabetului zaharat. Vindecarea obezilor fiind greu de realizat, dar posibilă, prevenirea acesteia este măsura obligatorie în lupta împotriva diabetului. Dacă diabetul zaharat, în etapa actuală, nu se poate vindeca, obezitatea este perfect reductibilă. Metoda cea mai eficace pentru slăbire este reducerea alimentaţiei, astfel încât să se acopere numai nevoile organismului fără nici un surplus.

c) Combaterea ***aterosclerozei***, cea mai răspândită boală socială, în care alimentaţia neraţională, bogată în grăsimi de origine animală, joacă un rol important, reprezintă de fapt şi combaterea diabetului zaharat. S-a demonstrat că aceasta favorizează apariţia diabetului chiar din faza incipientă. Arterioscleroza vaselor sangvine pancreatice este una din cauzele diabetului care apare la vârstele înaintate (peste 65-70 de ani).

d) Un semn cu o valoare excepţională în prevenirea diabetului zaharat la femei este cunoaşterea greutăţii copiilor la naştere. Menţinerea greutăţii normale, evitarea dulciurilor, a supărărilor mari şi a infecţiilor pancreatotrope le pot feri de îmbolnăvire, în timp de lipsa măsurilor amintite favorizează apariţia diabetului zaharat.

e) ***Infecţiile pancreatotrope*** sunt acelea în cursul cărora are de suferit şi pancreasul: hepatita epidemică, parotidita epidemică, pneumonia, scarlatina, gripa şi unele viroze. Suferinţa pancreasului poate declanşa un diabet la o persoană predispusă ereditar sau poate duce la instalarea unui diabet câştigat.

Regimul alimentar nu va mai fi bogat în dulciuri ca în trecut (siropuri, zahăr, miere, dulceaţă, prăjituri), ci va fi bogat în lapte, carne, urdă, brânză proaspătă, fructe sau sucuri de fructe.

Controlul glicemiei şi glucozuriei se va face atât în cursul evoluţiei acestor boli infecţioase, cât şi mai târziu, în convalescenţă, când se va putea efectua chiar şi hiperglicemia provocată.

f) Descoperirea întâmplătoare a glucozei în urină (***glicozuria tranzitorie***), chiar dacă ulterior nu mai apare, nu trebuie trecută cu vederea. Aceste glicozurii întâmplătoare pot surveni în cursul sarcinii, a unor infecţii sau traumatisme. În toate aceste împrejurări se va efectua proba hiperglicemiei provocate pentru descoperirea unui eventual diabet subclinic. Descoperirea precoce a bolii urmată de regim scuteşte bolnavul de multe neajunsuri ulterioare.

g) Descoperirea la timp a unor ***boli de ficat*** (hepatite cronice, litiaze biliare) şi tratarea lor corectă este o măsură bună nu numai pentru îngrijirea ficatului bolnav, ci şi pentru preîntâmpinarea diabetului. Concepţiile despre regimul alimentar în bolile ficatului s-au conturat mult mai bine în prezent.

h) ***Cortizonul şi Nefrixul*** sunt medicamente mult întrebuinţate. Luate fără control şi pe durată îndelungată, pot produce diabetul zaharat. În multe cazuri aceste medicamente scot la iveală un diabet ascuns, iar în alte cazuri ele produc o formă

particulară de diabet. Când acesta este provocat de Cortizon poartă denumirea de „diabet steroid", iar când este produs de Nefrix sau de alte diuretice se numeşte „diabet tiazidic". Prevenirea ***complicaţiilor diabetului zaharat*** are sorţi de reuşită numai în cazul depistării precoce a bolii şi a corectitudinii tratamentului antidiabetic.

Controlul glicemiei şi glicozuriei descoperă numai diabetul zaharat în faza sa cea mai înaintată (diabetul clinic manifestat), celelalte stadii evolutive ale diabetului (diabetul chimic şi latent) rămânând în continuare necunoscute. Depistarea precoce a diabetului se face numai prin efectuarea probei hiperglicemiei provocate.

Proba hiperglicemiei provocate sau testul de toleranţă la glucoză, cum mai este numită în prezent, chiar cu simplificările care i s-au adus, este dificilă pentru utilizare în cercetarea diabetului zaharat pe teren. Este, însă, indicată la toate persoanele asupra cărora planează unul din factorii de risc diabetogen.

Această problemă, respectiv prevenirea şi combaterea diabetului zaharat, trebuie abordată prin prima concepţie modernă a noţiunii de profilaxie, adică a luării în considerare a celor trei etape succesive ale acesteia: profilaxia primară, profilaxia secundară şi profilaxia terţiară.

Profilaxia primară constă din instruirea unei serie de măsuri având ca obiectiv atât promovarea sănătăţii, cât şi eliminarea sau neutralizarea factorilor stării de sănătate. În cazul diabetului zaharat profilaxia primară va fi reprezentată de un ansamblu de măsuri medico-sanitare ce vor acţiona asupra factorilor de risc ai diabeticului.

Astfel, un accent deosebit va fi acordat în cazul factorului de risc ereditate, fenomenului procreerii la diabetici. Este cunoscut faptul că fecunditatea diabeticilor este normală, dar că riscurile apariţiei bolii la descendenţii din părinţi diabetici este oricând posibil.

Ca principiu general, se consideră că nu este prudent a se recomanda căsătoria între doi diabetici sau între un diabetic şi un partener dintr-o familie diabetică. Dacă totuşi căsătoria are loc sunt necesare unele măsuri profilactice privind diminuarea procreaţiei şi anume:

– dacă ambii parteneri sunt diabetici, se recomandă cuplului să nu procreeze sau să aibă cel mult un copil;
– dacă unul din parteneri este diabetic, iar celălalt este sănătos, deci fără ascendenţi diabetici, să nu aibă mai mult de doi copii.

Profilaxia secundară are drept scop depistarea precoce şi supravegherea. Ambele se adresează persoanelor care fac parte din grupele incluse în factorii de risc ai diabetului. Deci, depistarea va trebui să fie ţintită – singura eficientă şi în acelaşi timp economicoasă. Supravegherea – de altfel o depistare repetată – se va adresa unor persoane cu risc extrem de crescut şi se va efectua periodic la anumite intervale de timp, conform indicaţiilor medicului specialist.

Ca metodă de depistare – supravegherea, se vor utiliza:

– Glicozuria şi glicemia a jeune; acestea se folosesc în cazul diabetului manifest, de menţionat fiind faptul că dozarea glicemiei rămâne elementul determinant.

– Glicemia determinată prin simpla încărcare cu glucoză, fie în cazurile dubioase, fie în vederea stabilirii stadiului de diabet chimic.

– Glicemia provocată prin dubla încărcare cu glucoză şi cortizol, în depistarea diabetului latent.

– Insulinemia – metoda de înaltă precizie şi tehnicitate este necesară să fie introdusă în scopul elucidării unor cazuri speciale, fiind o metodă cu mari avantaje, în profilaxia diabetului.

Profilaxia terţiară se adresează diabeticului echilibrat, având ca scop adaptarea acestuia la starea lui de boală şi păstrarea capacităţii de muncă, cât mai mult timp posibil, evitarea apariţiei dependenţei de orice natură: psihică, socială sau economică, iar în unele cazuri pentru readaptarea acestuia la situaţii noi create.

Profilaxia terţiară începe să fie aplicată din copilărie, dacă este vorba de un diabet juvenil, şi trebuie să continue apoi pe tot parcursul vieţii.

De aceea vom aborda mai întâi profilaxia terţiară a copilului diabetic, apoi pe cea a adultului.

Profilaxia terţiară a diabeticului juvenil. În aproape toate cazurile, fiind vorba de un diabet insulino-dependent, profilaxia terţiară a acestuia este extrem de complexă, existând necesitatea unei triple integrări: familială, şcolară şi socială.

Integrarea familială constă în a-l învăţa pe copil că trebuie să mănânce raţional şi că este obligat să urmeze un tratament insulinic. La început familia, apoi imediat ce este posibil şi copilul va trebui să preia urmărirea bolii sale sub toate aspectele. Familia, respectiv copilul, va efectua analizele urinei, va ţine la zi caietul de tratament, va controla dozările de urină, va stabili raţiile alimentare şi va aplica injecţiile.

O asemenea atitudine necesită o imensă muncă de educaţie pentru sănătate adresată atât familiei, cât şi copilului bolnav, din nefericire nu întotdeauna posibilă.

Pentru copilul diabetic participarea activă la propriul său tratament evită supraprotecţia părinţilor şi dependenţa acestuia de o altă persoană.

Se consideră că un copil corect educat şi de o inteligenţă normală poate să-şi interpreteze singur analizele la vârsta de 8 ani, să-şi calculeze dozele de insulină şi să încarce seringa, iar la 12 ani să-şi aplice singur injecţiile.

Într-un cuvânt, familia are rol determinant în evoluţia diabetului la copil, orice abatere de la rigorile disciplinei, orice afectivitate sau îngrijire excesivă influenţând viitorul acestuia. Copilul trebuie să crească fără a-şi pune problema de ce mănâncă altfel decât alţi copii, de ce îşi face tratamentul sau de ce îşi dozează glicozuria zilnic, toate acestea trebuie să le considere normale. Viaţa se va desfăşura ca şi la ceilalţi: jocuri în aer liber, educaţia fizică, practicarea sporturilor fiind nu numai permisă, dar chiar şi recomandată. Numai educat astfel copilul diabetic va aborda fără dificultate şcoala, studenţia şi viaţa profesională.

Integrarea şcolară este relativ pretenţioasă, necesitând din partea cadrelor didactice un minim de informaţii asupra diabetului, părinţii fiind obligaţi să-i pună la curent pe educatori cu situaţia copilului.

În general, nivelul mintal al copilului diabetic nu diferă de cel al copilului sănătos. Dar variaţiile rapide ale glicemiei sunt responsabile de o oarecare stabilitate în ritmul de muncă al copilului, revenindu-i educatorului obligaţia de a fi exigent în perioada de randament şcolar şi mai indulgent în cele de diminuare a atenţiei datorită oboselii.

În internate vor exista, la cabinetul medical, cele necesare efectuării controlului glicozuriei şi efectuării injecţiilor de către copiii bolnavi. Periodic copilul va fi supus unui control medical.

Şcolile speciale pentru copii diabetici sunt erori, deoarece izolarea acestora nu e favorabilă integrării sociale ulterioare a copiilor. Se recomandă însă şcoli sau colonii speciale pentru copii cu dezechilibre metabolice grave, copii rău educaţi sau pentru care în timp au devenit psihopaţi.

În timpul verii este indicată trimiterea copiilor diabetici în tabere special amenajate şi a căror avantaj este dublu:

– pentru copii constituie o ocazie de contacte cu alţi copii care au aceleaşi preocupări, suferind aceleaşi dificultăţi şi deci confruntaţi cu aceleaşi probleme;

– pentru părinţi, care sunt eliberaţi pentru un timp oarecare de supravegherea copilului bolnav.

– *Integrarea socială* trebuie să ţină seama de două elemente:

– pe de o parte, de diabeticul însuşi, a cărui boală poate fi mai mult sau mai puţin severă, de personalitatea mai mult sau mai puţin echilibrată a acestuia, de aptitudinile şi de cunoştinţele şcolare ale acestuia;

– pe de altă parte, de meseria spre care diabeticul doreşte să se orienteze.

În orice caz orientarea profesională trebuie să aibă în vedere evitarea reprofilării ulterioare, recomandându-se ocupaţii şi profesii care nu comportă tensiuni nervoase, eforturi fizice excesive, deplasări frecvente în teren şi lucru de noapte. Sunt contraindicate:

– profesiuni unde apariţia unei hipo- sau hiperglicemii ar putea fi fatală diabeticului sau celor care depind de el, ca şofer, pilot, vatman, miner, tinichigiu, macaragiu etc.;

– profesiuni care necesită perfecţionarea unui organ, ca de exemplu ochiul şi care din cauza complicaţiilor diabetului nu mai pot fi practicate, fiind necesară reprofilarea, ca: mecanic de precizie, gravor, ceasornicar, desenator.

– profesiuni care pretind o mare tensiune nervoasă;

– profesiuni cu risc de infecţii cutanate sau generale;

– profesiuni expuse noxelor sau unor traumatisme repetate.

Integrat în muncă diabeticul se comportă satisfăcător. Astfel o statistică franceză arată că numai 8,0% din diabetici sunt mediocru adaptaţi la muncă şi numai 8,7% prezintă complicaţii care antrenează consecinţele directe asupra producţiei.

Profilaxia terţiară a diabetului adult prevede măsuri ce se aplică cazurilor de diabet zaharat, care apar după vârsta copilăriei, dar care trebuie aplicate în continuare şi copiilor diabetici, deveniţi adulţi. Aceste măsuri sunt:

– dispenzarizarea periodică a bolnavului având ca scop urmărirea evoluţiei bolii şi evitarea complicaţiilor în vederea păstrării capacităţii de muncă a celui bolnav;

– urmărirea la locul de muncă a celui bolnav în vederea aprecierii randamentului în muncă şi a sesizării cât mai precoce a fenomenului de inadaptare.

Indiferent, însă, de formele clinice ale diabetului zaharat, în cadrul profilaxiei terţiare, în urmărirea acestuia, tratamentul va trebui obligatoriu să aibă în vedere următoarele obiective:

– menţinerea unei bune stări fizice şi psihice a bolnavului, care să-i permită păstrarea capacităţii de muncă;

– prevenirea acidozei şi comei;

– întârzierea sau chiar evitarea complicaţiilor retiniene şi renale;

– realizarea unui mediu de viață al diabeticului, similar cu al celor sănătoşi;
– diagnosticul precoce şi tratamentul corect al unor boli favorizate de diabet ca: tuberculoza pulmonară, scleroza coronariană, boala hipertensivă, arteriopatiile periferice etc.

În concluzie, diabetul este o boală cu care cel afectat trebuie să se obişnuiască şi cu care trebuie învățat să trăiască. Se consideră ca actualele noastre cunoştințe sunt suficiente pentru un tratament corect al diabetului, dar că acestea trebuie aplicate într-un mod mult mai general şi mai energic, transmițând bolnavului sentimentul responsabilității personale față de boală. Rolul medicului este poate mai redus în tratarea diabeticului decât în învățarea acestuia să se trateze singur.

Orice spital, orice dispensar, prin care trece diabeticul, trebuie să asigure educația pentru sănătate a acestuia. Medicul este direct responsabil de această activitate, dar neavând timp suficient trebuie ajutat de cadrele medii şi de dietologi. Educația efectuată în grup este mai atractivă, mai stimulativă şi mai economică, prin prisma timpului afectat. această educație va cuprinde noțiuni nu numai asupra alimentelor ce trebuie evitate, ci şi asupra alimentelor ce pot fi utilizate şi în ce cantitate. Diabeticul va trebui să ştie să-şi dozeze glicozuria, să cunoască caracteristicile insulinei pe care o foloseşte şi cum să-şi aplice injecția. Va trebui să ştie să diferențieze coma hiperglicemică de cea hipoglicemică, să ia măsuri de precauție față de bolile intercurente, iar cei tineri să fie orientați în alegerea profesiunii şi întemeierii familiei.

Aceste noțiuni par simple şi elementare, dar înțelegerea, acceptarea şi practicarea lor de către bolnavi şi familiile lor necesită adeseori eforturi deosebite.

În ultima analiză prevenirea şi combaterea diabetului trebuie să aibă ca obiectiv principal creşterea duratei timpului de supraviețuire a diabeticului, în aşa fel încât diferența dintre durata medie de viață a diabeticului şi cea a nediabeticului să fie redusă la minimum posibil. Un asemenea obiectiv, la achizițiile actuale ale ştiinței medicale în general şi ale diabetologiei în special, este întru totul posibil cu condiția unei depistări precoce, unui tratament corect aplicat şi unei urmăriri atente a diabeticului, dublate printr-o educație pentru sănătate continuă şi susținută. Credem că în nici o afecțiune cronică, ca în diabetul zaharat, participarea activă a celui în cauză, la ocrotirea propriei sale sănătăți, nu este atât de necesară şi cu rezultate mai bune.

SĂNĂTATEA MINTALĂ

8.1. DEFINIȚIE. ASPECTE GENERALE

Etimologic, psihiatria derivă din cuvintele grecești: „psiche" (suflet) și „iatria" (vindecare). Ea este știința despre vindecarea bolilor sufletești umane.

Având substrat bioantropologic, psihiatria studiază patologia somatică al cărei obiect este boala mintală, condiționată de o dereglare cerebrală și care reprezintă o regresie superioară și aproape totală a vieții de relație, în suportul căreia sunt implicați și factori sociali, ceea ce atrage dezadaptarea și diminuarea autonomiei, limitarea libertății celuia care suferă psihic.

Conceptul *psihic* (suflet, spirit) este utilizat ca atare sau ca prefix în mai multe cuvinte compuse ce definesc disciplinele științifice: psihologie, psiho-fizică, psiho-fiziologie, psiho-lingvistică etc.

Psihicul, este un concept determinat biologic și social cuprinzând totalitatea vieții conștiente și inconștiente a unui individ, a proceselor, activităților și însușirilor psihice (proceselor de cunoaștere, instinctivo-afective și comportamentale), aflate într-un echilibru dinamico-adaptiv, ce realizează starea de psihostazie, dând expresie unicatului indestructibil – denumit *personalitate.* Rădăcinile biologice și condițiile de mediu leagă indisolubil viața psihică a omului de natură, de întregul organism și îndeosebi de organizarea superioară a sistemului nervos, de structura și activitatea creierului. Deci, psihicul uman, ca formă superioară a existenței biologice și sociale are o finalitate concretă: *integrarea adaptivă a omului la mediu.*

Plasat într-un punct de emergență al determinismului plurifactorial, omul – fiind o ființă rațională și sensibilă, capabilă să mediteze și să influențeze „eu-lui" și mediul, a parcurs prin procesul evoluției, căile unei nesfârșite și miraculoase istorii de luptă cu adversitățile pentru a ajunge la o existență marcată de un echilibru adaptiv-dinamic. Acest echilibru este supus permanent unor încercări, unor stresuri, viața psihică fiind sensibilă la influența acestor factori perturbanți, cu deosebire a varietății celor sociali, cărora li se adaugă și alți factori predispozanți a căror nocivitate duce la un eșec adaptativ, la o disoluție exprimată de suferința psihică.

Evoluția activității psihice are un caracter continuu și merge paralel cu dezvoltarea însăși a sistemului nervos central. Dezvoltarea psihică la unii indivizi suferă devieri de la normă sau se perturbă în așa fel, încât apar dereglări psihice.

Mediul social se poluează pe cale psihică prin însăși prezența omului – aglomerație, stres etc. toate aceste modificări ale mediului schimbă și dezechilibrează relațiile om – mediu, solicitând „unitatea condițiilor de viață în mediul intern" (C. Bernard, 1978), riscând să deregleze „homeostazia" (W.B. Cannon, 1926) și să strice raporturile normale cantitative „influențând negativ viața" (E.A. Pora, 1992).

8.2. EPIDEMIOLOGIA SĂNĂTĂŢII MINTALE

Afecţiunile mintale sunt răspândite în toate societăţile. În Statele Unite 10 milioane de adulţi şi 4 milioane de copii sunt afectaţi de boli psihice grave, exclusiv din cauza abuzului de substanţe (Mental Health, United States, 2005).

După estimările WHO, cel puţin 5% din populaţia europeană suferă de tulburări mintale serioase manifeste (neuroze şi psihoze funcţionale), totodată prevalenţa estimată variază în limite largi de la un studiu la altul. Cel puţin 15% din populaţie suferă de afecţiuni psihice mai puţin severe, dar care provoacă incapacitate parţială.

Acestea afectează prosperitatea indivizilor daţi şi creează condiţii pentru dezvoltarea problemelor psihice mai serioase cum ar fi depresia, stările psihiatrice cronice, problemele psiho-emoţionale, comportamentul periculos (suicid, violenţă şi abuz de substanţe).

Epidemiologia psihiatrică s-a dezvoltat ca disciplină aparte în ultimele decenii, studiind prevalenţa, distribuţia, cauzele şi consecinţele afecţiunilor mintale. Se estimează o incidenţă crescută a bolilor psihice în toate ţările lumii, aspect dublat de o prevalenţă ridicată, rezultat al cronicităţii unui număr ridicat de boli psihice (unele studii estimează la 20-25%).

Disfuncţiile mintale alcătuiesc circa 12% din numărul total al maladiilor. Până în anul 2020 ele vor constitui 15%. Disfuncţiile mintale sunt proprii mai mult tinerilor, care constituie partea reproductivă a populaţiei. În ţările în curs de dezvoltare, în următorii ani, va fi observată creşterea acestor maladii. În toate părţile lumii, persoanele cu disfuncţii mintale sunt stigmatizate şi discriminate.

Costurile economice şi sociale ale disfuncţiilor mintale.

Costurile economice totale pentru disfuncţiile mintale sunt considerabile. În SUA, costurile directe pentru tratament au fost estimate la circa 150 miliarde USD, sau 2,5% din Produsul Intern Brut (PIB). Costurile indirecte sunt de la 2 până la 6 ori mai mari decât costurile directe în economiile dezvoltate şi sunt probabil, cu mult mai mari în ţările dezvoltate, unde tratamentul direct are tendinţa de a fi mai ieftin. În majoritatea ţărilor, familiile suportă aceste cheltuieli din cauza lipsei unor servicii finanţate. Familiile îşi asumă, de asemenea, costurile pentru supravegherea membrilor bolnavi, dar sunt marcate şi de povara emoţională, de înrăutăţirea calităţii vieţii, excluderea socială, stigmatizarea şi pierderea posibilităţilor pentru ameliorarea situaţiei.

Disfuncţiile mintale sunt într-un număr semnificativ în toate ţările. Intervenţiile eficiente sunt disponibile, însă nu şi majorităţii persoanelor de care au nevoie. Aceste intervenţii pot fi făcute accesibile prin schimbări ale politicilor şi cu ajutorul legislaţiei, a dezvoltării serviciilor, prin finanţarea adecvată şi prin instruirea specialiştilor.

Acest mesaj este inclus în Raportul mondial al sănătăţii 2001, care a încercat să sensibilizeze opinia publică şi să rezolve necesităţile persoanelor cu disfuncţii mintale din toată lumea (OMS, a. 2001). Acest raport a avut ca scop creşterea preocupării publice şi profesionale pentru disfuncţiile mintale şi costurile acestora. El include un set din zece recomandări care pot fi adaptate pentru fiecare ţară în conformitate cu necesităţile şi cu resursele sale.

Prin Raportul mondial al sănătăţii 2001 şi alte iniţiative, OMS a încercat să transfere sănătatea mintală de la periferia politicilor de sănătate pe poziţii mai bune din sectorul sănătăţii publice globale. Politicienii şi guvernele sunt mult mai preocupaţi de disfuncţiile mintale şi de necesitatea unor acţiuni imediate pentru a rezolva această problemă.

Cercetările epidemiologie tot mai numeroase şi de mare amploare au explorat şi evidenţiat un număr de faţete ale relaţiei dintre factorii de risc şi prevalenţa crescută a maladiilor psihice şi neuropsihice. În acelaşi timp, s-a dovedit că factorii de risc deveniţi clasici, nu pot explica în totalitate nivelul morbidităţii şi că, în anumite circumstanţe, intervin singular sau mai ales prin cumulare.

Epidemiologia poate fi definită ca studiul tipologiei bolilor omului, sănătăţii şi comportamentului lui. Epidemiologii răspund întrebărilor cercetării, clasificând indivizii într-un grup sau în mai multe grupuri discrete şi analizând diferenţele dintre aceste grupuri. Epidemiologia sănătăţii mintale aplică acest sistem de studiu pentru problemele de maximizare a sănătăţii mintale a populaţiei.

8.3. DESCRIEREA ŞI ANALIZA SERVICIILOR PENTRU SĂNĂTATE MINTALĂ DIN LUME

O reprezentare schematică a diferitor componente ale serviciilor pentru sănătate mintală din lume din figura 87 constituie o vedere generală a serviciilor din diferite ţări ale lumii cu diferite niveluri ale sistemelor de sănătate şi ale resurselor. Nu este o recomandare de organizare, ci o încercare de descriere a diferitor tipuri de servicii.

Handicapul mintal

Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte disabilitatea mintală ca insuficienţă cognitivă a persoanei. La nivel internaţional atât în studii ştiinţifice, cât şi în activitatea practică sunt utilizate diverse terminologii. Din acest motiv este importantă definirea exactă a termenului de handicap mintal, inclusiv şi a conceptelor de bază ale insuficienţei intelectuale, disabilităţii cognitive şi handicapului sau retardului mintal:

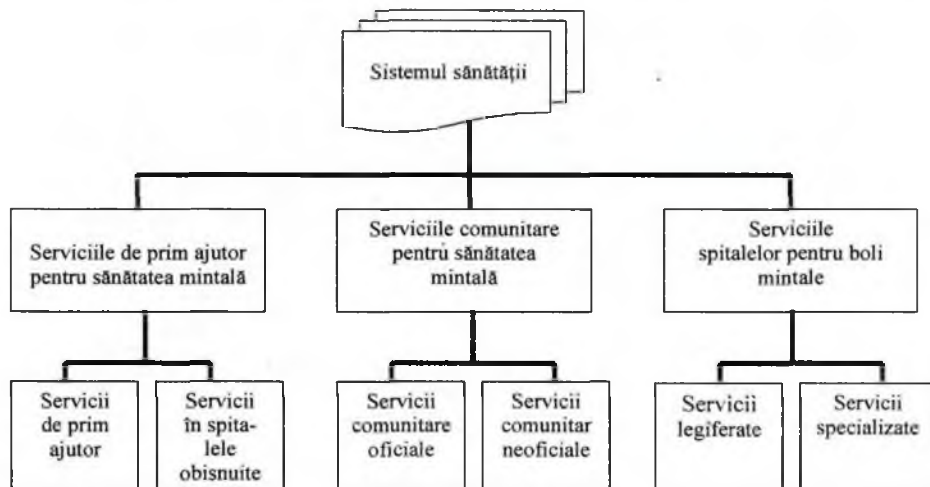


Figura 87. **Componentele serviciilor pentru sănătatea mintală**

1. Insuficienţa intelectuală: niveluri joase de inteligenţă apreciată prin teste de dezvoltare (IQ). Şirul de maladii însoţite de insuficienţa intelectuală după ICD-10 este prezentat în *tabelul 80.*

2. Disfuncţie sau disabilitate cognitivă: tulburări specifice ale funcţiei cognitive, cum ar fi dislexia, care nu au legătură cu inteligenţa şi necesită evaluare de către specialişti şi suport educaţional.

3. Handicapul mintal: este clasificat după gradul de dezadaptare socială, legată de acceptarea şi integrarea persoanei cu handicap în societate.

Recomandări şi concluzii generale despre organizarea serviciilor pentru sănătate mintală în vederea optimizării şi livrării îngrijirilor de înaltă calitate. Acestea trebuie adaptate conform necesităţilor specifice fiecărei ţări.

Instituţiile mari şi centralizate pe psihiatrie, pe cât este posibil, trebuie să fie închise, dar, în acelaşi timp, create servicii comunitare alternative. Pentru unele

Tabelul 80

Clasificarea Internaţională a Maladiilor (ICD-10).
Categoriile de diagnostice însoţite de tulburări mintale şi comportamentale, F00-F99

Categoria de diagnostice	Codul ICD-10	Manifestări clinice
Afecţiuni mintale, organice, simptomatice	F00-09	Dereglări ale funcţiei mintale datorate leziunilor, intoxicaţiilor sau traumelor cerebrale (spre exemplu, demenţa vasculară Alzheimer).
Afecţiuni mintale şi comportamentale datorate utilizării substanţelor psihotrope	F1-19	Dereglări ale funcţiei mintale determinate de abuzul de alcool, opioide, sedative, marijuană, halucinogene, substanţe volatile şi alte psihotrope.
Schizofrenia, tulburări schizoide şi delirante	F20-29	Dereglări delirante şi schizo-afective.
Dereglări de dispoziţie (afective)	F30-39	Tulburări maniacale, bipolare şi depresive.
Afecţiuni neurotice, legate de stres şi tulburări somatoforme	F40-49	Fobii, anxietate, tulburări obsesiv-compulsive, reacţii la stres, dereglări disociative, somatoforme ş.a.
Sindroame comportamentale asociate cu tulburări psihice şi fizice	F50-59	Tulburări de nutriţie, somn, sexuale, comportamentale ş.a.
Tulburări de personalitate ale adultului şi comportamentale	F60-69	Varietate largă de sindroame de dereglări de personalitate specifice, inclusiv deprinderi şi impulsuri patologice, tulburări de gen şi preferinţă sexuală (pedofilie, scopofilie etc.).
Retard mintal	F70-79	Uşor, moderat, sever şi profund
Tulburările de dezvoltare psihică	F80-89	Dereglări de vorbire, cognitive, motorii şi de dezvoltare (spre exemplu, autismul).
Tulburări comportamentale şi emoţionale cu debut spontan în copilărie şi adolescenţă	F90-98	Conduită hiperkinetică, disfuncţii emoţionale şi sociale.
Afecţiuni mintale nespecificate	F99	

ţări nu este un plan real cu şanse imediate de realizare. Într-un timp scurt, aceste instituţii ar trebui reduse la dimensiuni mai mici, îmbunătăţite condiţiile de cazare, iar cadrele să primească instruire necesară. Aceste instituţii trebuie transformate în Centre pentru tratamente active şi de reabilitare.

– Pe cât e posibil, trebuie suspendate pentru un timp angajările. Pacienţii care necesită internare trebuie să fie cazaţi în unităţile de psihiatrie din spitalele regionale obişnuite.

– Resursele umane şi financiare existente trebuie îndreptate de la spitalele mari de boli mintale către serviciile de prim ajutor şi către serviciile comunitare pentru sănătate mintală.

– Trebuie să se acorde priorităţile integrării serviciilor pentru sănătatea mintală, oferite de sistemul de prim ajutor şi de spitalele generale. Integrarea este baza reorientării serviciilor de la nivel instituţional la nivel comunitar.

– În ţările în curs de dezvoltare, serviciile pentru sănătatea mintală specializate trebuie să fie disponibile la nivel regional şi în spitalele generale.

– Serviciile pentru sănătatea mintală oficiale, oferite de familii, grupuri de voluntari, e necesar să fie optimizate pentru îmbunătăţirea înţelegerii disfuncţiilor mintale şi a cauzelor apariţiei acestora şi a tratamentelor disponibile. Trebuie mărit numărul grupurilor de sprijin şi de educaţie a familiilor.

– E necesar de a întreprinde măsuri de descurajare financiară a instituţiilor de psihiatrie şi măsuri de încurajare a serviciilor comunitare.

– În ţările în curs de dezvoltare trebuie să se folosească serviciile specialiştilor din domeniul sănătăţii mintale pentru instruirea şi supravegherea angajaţilor mai puţin specializaţi.

– Diferenţa dintre aprovizionarea mediului urban şi rural cu servicii de specialitate e necesar a fi redusă extinzând accesibilitatea serviciilor pentru sănătate mintală şi a serviciilor comunitare.

– Instruirea profesioniştilor din domeniul sănătăţii mintale trebuie să cuprindă aspectele psiho-sociale, precum şi cunoştinţele despre tratamentele potrivite.

– Trebuie să se ţină cont de necesitatea instruirii pe termen scurt şi durabil a specialiştilor din sistemul sănătăţii. În ţările în curs de dezvoltare, acest lucru este posibil prin includerea atât a programelor de instruire pe termen scurt, cât şi pe termen lung.

– În planificarea serviciilor trebuie încurajată şi sprijinită implicarea pacientului şi a organizaţiilor familiilor.

Psihiatria actuală se dezvoltă în procesul mondial unic şi este orientată spre:

- integrare;
- decentralizare;
- diferenţiere;
- optimizare;
- comunitate.

Orientarea psihiatriei spre socium a dus la apariţia unei noi discipline:

Psihiatria Socială (sociopsihiatria), care studiază tulburările mintale în relaţia cu diverse structuri sociale:

- familie;
- şcoală;

- serviciu;
- mediu cultural;
- comunitate;
- societate.

Sănătatea psihică e o noţiune complexă, deoarece între starea psihică şi fizică a omului există o legătură reciprocă. Dereglările psihice adesea se manifestă ca dereglări somatice şi invers, afecţiunile (bolile) somatice în multe cazuri pot provoca probleme psihice.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS, a. 2001) defineşte sănătatea mintală ca o stare pozitivă de bine, în care persoana este capabilă să-şi aplice aptitudinile proprii, să înfrunte situaţiile de stres, să-şi desfăşoare activitatea în mod productiv şi să contribuie la bunăstarea comunităţii sale.

Deci, sănătatea mintală se determină ca o stare bună, în care aflându-se omul:

- conştientizează posibilităţile sale;
- e în stare să facă faţă stresului de zi cu zi;
- e în stare să muncească productiv;
- activează în viaţa publică comunitară.

În prezent societatea este într-o profundă şi dinamică schimbare. Se fac programe, se elaborează strategii, se emit legi, hotărâri guvernamentale, ordine, norme, instrucţiuni. Apar contradicţii, dezbateri mai mult sau mai puţin principiale, se caută soluţii, variante. Se iau decizii. Se revine. Se formează întrebări. Se dispută idei, mentalităţi, concepte, obiceiuri mai bune, mai rele.

Promovarea sănătăţii psihice este prezentată de totalitatea acţiunilor care au drept scop păstrarea sănătăţii individului, familiei, comunităţii sau societăţii în întregime. Dacă sănătatea e definită ca „starea completă de bine fizic, mintal şi social", şi nu doar de absenţa bolii sau infirmităţii, atunci factorii care participă la promovarea sănătăţii mintale sunt:

- ambientali;
- sociali;
- economici;
- culturali;
- individuali;
- familiali-de grup (sociali);
- comunitari.

Bunăstarea mintală a persoanei îi influenţează în mod direct şi pozitiv relaţiile, viaţa de familie, respectul faţă de sine şi faţă de alţii, convingerile, profesia, venitul, capacităţile şi starea fizică.

Maladiile psihice reprezintă una din principalele cauze de morbiditate pe plan mondial, făcând necesare, prin evoluţia şi implicaţiile lor, atât aprofundarea studiilor ecologo-epidemiologice, cât şi extinderea posibilităţilor de asistenţă medico-socială cu accentuarea asupra laturii profilactice. Evoluţia conceptelor de sănătate şi boală reflectate în conţinutul psihiatriei explică abordarea şi dezvoltarea conceptelor de sănătate mintală şi igienă mintală ca instrumente şi metode de lucru ale psihiatriei într-o orientare medicală integrativă, antropologică şi socială.

Individul este în permanenţă influenţat de mediul său de viaţă şi de muncă. Deoarece organismul uman este un sistem deschis, pentru a-şi putea păstra stabilitatea, adică sănătatea împotriva numeroşilor factori entropici, el trebuie să ţină

un permanent schimb de substanțe, de energie și de informație cu mediul în care trăiește. Sănătatea lui este condiționată de aceste schimbări permanente. De aceea, alterarea lor poate produce o serie întreagă de dereglări psiho-somatice.

În raportul de directivă a OMS (1995) „Extinderea podurilor peste prăpastie" se menționează, că cel mai necruțător asasin și cauză a suferințelor în lume este sărăcia extremă. Acesta e factorul suprem în scurtarea duratei vieții, dezvoltării maladiilor cronice (în primul rând mintale) și infecțioase, a invalidității.

Sărăcia – condiție esențială și cauza maladiilor sociale, a stresului și suicidului. Către sfârșitul mileniului doi pe Glob a crescut numărul săracilor – el a atins cifra de 1,2 miliarde oameni, ce constituie circa 1/5 din populația Terei.

Accesul la servicii medicale de calitate pentru populație depinde de poziția oamenilor politici vizavi de drepturile omului, de economie, ce recunoaște sau ignorează prioritățile în ocrotirea sănătății, a sănătății mintale a populației în particular.

Din cele mai importante 10 cauze de incapacitate de muncă, de însemnătate mondială, 4 cad sub categoria comportamentului dezorganizat. În ansamblu aceste cifre anual se încadrează în:

- milioane de zile aduse ca jertfă depresiei;
- milioane de dolari, pierduți din cauza narcomaniei;
- milioane de vieți omenești surpate de sinucideri.

Conținutul conceptului de igienă mintală, care se referă la apărarea și promovarea sănătății mintale, se constituie ca o știință a asigurării sănătății mintale. Aceasta reprezintă elementul calitativ diferențial dintre igiena mintală și sănătatea mintală, care se înscrie în problematica omului sănătos, depășind cadrul medicinei profilactice caracteristic conținutului igienei și care se corelează cu definiția OMS a stării de sănătate (fizică, mintală și socială). Astfel, sănătatea mintală, care decurge dintr-o stare inițială în dinamică continuă de perfectare prin asanarea factorilor de risc în realizarea personalității, este funcția de bază în jurul căreia gravitează problematica complexă a adaptării individului la complexitatea vieții contemporane.

În acest context, cunoașterea stării de sănătate mintală a populației capătă sensuri noi, diferențiindu-se calitativ de psihiatrie ca disciplină medicală de diagnosticare a bolilor psihice, dar fără a se stabili o frontieră între câmpurile lor de acțiune interdependentă. Deci, apărarea și promovarea sănătății mintale presupune eforturi conjugate din partea psihiatrului și a tuturor factorilor medicali și sociali angajați în prezervarea stării de sănătate a populației, implicând relaționarea medico-socială a psihiatrului atât cu rețeaua de medicină generală (medicina de familie), cât și cu organismele comunitare și factorii de conducere.

Prezervarea sănătății psihice se ocupă de studierea corealției dintre aspectele:

- fizice;
- psihice;
- comportamentale ale bunăstării generale a individului.

Ștefan Odobleja în „Psihologia Consonantistă, 451" remarcă că, „Între psihiatrie și patologia funcțională a celorlalte viscere nu există nici o deosebire esențială. Adevărul uneia trebuie aplicat celeilalte".

Starea de sănătate a populației trebuie apreciată prin metoda „Nottenhaem" - sănătatea populației în conformitate cu nivelul de trai, iar calitatea vieții – reflectată prin probleme sociale.

Cauzele ce duc la dereglări psihice:

- modul de viaţă stresant;
- criza politică şi economică;
- izolarea socială;
- scăderea nivelului de trai;
- scăderea legăturilor conjugale în familie;
- scăderea responsabilităţii instituţiilor sociale *(şcoală, sindicate, serviciu)*
- creşterea şomajului în masă;
- creşterea migraţiei populaţiei;
- creşterea criminalităţii.

8.4. IMPACTUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ AL TULBURĂRILOR MINTALE

Impactul de sănătate publică al tulburărilor mintale poate fi judecat după următoarele criterii:

(I) frecvenţă;
(II) severitate;
(III) consecinţe;
(IV) disponibilitatea intervenţiilor;
(V) accesibilitatea intervenţiilor;
(VI) preocuparea publică.

În primul rând, în termenii frecvenţei, bolile psihice sunt frecvente, disabilitante şi costisitoare. Aceasta înseamnă că ele au implicaţii importante pentru sănătatea publică în cazul condiţiilor cu incidenţă mare – durata scurtă, în special tulburările depresive şi anxioase.

În al doilea rând, din punctul de vedere al severităţii, povara morbidităţii psihiatrice poate fi exprimată şi ca perturbare a funcţionării sociale. Boala mintală creează costuri directe considerabile pentru serviciile de sănătate şi de asistenţă socială.

În termeni de mortalitate şi disabilitate (agregate), Banca Mondială face estimări ale Poverii Generale a Bolii (PGB) pentru diferite tulburări, măsurate în ani de viaţă ajustaţi în funcţie de disabilitate (DALY, *Disability Adjusted Life Years).* Indicatorul DALY poate fi considerat o formă standardizată a anilor de viaţă ajustaţi în funcţie de calitatea vieţii.

În al treilea rând, tulburările mintale au consecinţe importante atât pentru pacienţi, cât şi pentru familiile acestora. Pentru pacient, acestea includ suferinţele cauzate de simptoame, de calitatea mai scăzută a vieţii, de pierderea independenţei şi a capacităţii de muncă, de integrarea socială mai redusă. Pentru familie şi pentru ansamblul comunităţii există o creştere a poverii datorate îngrijirilor, precum şi o productivitate economică diminuată.

În termenii deceselor evitabile sinuciderea este o cauză majoră de deces în întreaga lume, mai ales în ţările dezvoltate economic. Sinuciderea poate să cauzeze mai multe decese decât accidentele rutiere.

În al patrulea rând, în ceea ce priveşte disponibilitatea intervenţiilor, abordarea de tip sănătate publică implică faptul că serviciile de sănătate mintală trebuie

să devină disponibile, pe măsura nevoilor, pentru a vindeca (prin înlăturarea simptomelor) ori pentru a diminua suferința (prin minimizarea simptoamelor şi a disabilității). În plus, tratamentele necesare pentru atingerea acestor scopuri trebuie, în mod normal, să nu fie furnizate separat de alte servicii de sănătate, ci, dimpotrivă, trebuie să formeze o parte integrată a curentului principal al practicii clinice (Cooper, 1995).

În al cincilea rând, în legătură cu acceptabilitatea şi preocuparea publică față de intervenții, sunt relevanți următorii factori: perceperea de către public a bolilor mintale ca probleme de sănătate, perceperea bolilor mintale ca probleme care au soluții, măsura în care soluțiile posibile sunt privite ca având o eficacitate dovedită, frecvența, natura, severitatea şi persistența efectelor secundare, riscul de abuz al anumitor tipuri de tratament, cum se întâmpla – de exemplu – în cazul folosirii incorecte a medicamentelor.

Pe lângă acestea, există şi un alt mod în care preocuparea publică demonstrează impactul de sănătate publică al tulburărilor mintale. Comportamentul anormal observabil, care se asociază cu tulburările mintale, în comparație cu acela legat de bolile fizice (somatice), are şanse mai mari să provoace îngrijorare publică şi să fie perceput ca expunând publicul la risc, pentru că este mai frecvent impredictibil şi pentru că este mai dificil de înțeles.

Gradul de suferință personală care se asociază cu tulburările mintale este, de asemenea, mai rar înțeles decât în cazul bolilor fizice (somatice). În loc să primească simpatie, bolnavul mintal induce îngrijorare (frică).

FMSP (Federația Mondială a Sănătății Psihice) propagă principiul –sănătatea psihică trebuie să devină o prioritate pentru toți locuitorii planetei.

Ea şi-a propus 4 scopuri:

- informarea societății în problemele sănătății psihice;
- sprijinul fortificării sănătății psihice;
- preîntâmpinarea dereglărilor psihice, neurologice, psiho-sociale.
- îmbunătățirea asistenței psihiatrice şi a metodelor de diagnostic.

În 1984 Comitetul Regional European al OMS a adoptat programul de activitate „Sănătate pentru toți" /Eurosănătate/.

În 1992 au fost evocate 4 sarcini prioritare:

- Integrare şi Dezvoltare.
- Egalitate şi Calitate.
- Întărirea şi Ocrotirea sănătății (la nivel comunitar, statal, european).
- Profilaxie şi Tratament.

Reformarea asistenței psihiatrice prevede:

- Reabilitarea persoanelor persecutate politic.
- Reducerea indicațiilor pentru spitalizare.
- Schimbări în sistemul de acordare a Asistenței Psihiatrice.
- Organizarea Asociațiilor Obşteşti Profesionale (nonguvernamentale).

Programul Asociației Psihiatrilor prevede:

1. Decentralizarea asistenței psihiatrice.
2. Crearea strategiei naționale de combatere a bolilor mintale.
3. Reformarea sistemului de asistență psihiatrică în cadrul Programului Național de Reformare a Asistenței Medicale.

4. Acordarea asistenței psihiatrice cât mai aproape de locul de trai (în comunitate, familie).
5. Crearea infrastructurii de Asistenţă Socială şi Juridică.
6. Umanizarea medicinei – a psihiatriei în primul rând.

Medicii din cele mai vechi timpuri îşi vedeau misiunea sa principală în tratarea bolilor, iar psihiatrii – în tratarea stărilor sufleteşti grave. În prezent psihiatrii tot mai des vorbesc despre profilaxie în abordarea sănătății mintale.

FMSP (Federaţia Mondială a Sănătății Psihice) şi-a pus sarcina/scopul – de a contribui la atingerea, pentru toate persoanele şi în toate țările, unui nivel maxim de sănătate mintală în cel mai larg sens al cuvântului: biologic, medical, cultural, învăţământ, cât şi în sens social.

FMSP promovează principiul că sănătatea psihică trebuie să devină o prioritate pentru toţi locuitorii planetei. Şi în politica statală, şi în programele de activitate trebuie să fie reflectată importanța cardinală a acestei priorități pentru binele atât a unor persoane, familii, comunități, cât şi pentru stabilitatea economică şi politică în întreaga lume.

Aceasta ar însemna o recunoaştere a interdependenței sănătății fizice şi psihice în societate, cât şi realizarea unor programe serioase şi lucrative de cercetare, educaţie şi organizare de servicii:

- pentru îndestularea optimală a vieții oamenilor;
- prevenirea dereglărilor psihice;
- acordarea asistenței juridice;
- tratamentul persoanelor cu probleme de comportament.

Eforturile de îmbunătăţire a sănătății mintale trebuie făcute în contextul ultimelor inovaţii în ceea ce priveşte tratamentul şi îngrijirea persoanelor cu disfuncţii mintale. Sănătatea mintală trebuie ajustată în corespundere cu reformele curente în domeniul respectiv şi în conformitate cu politicile din alte domenii elaborate de către autorități.

Protecția sănătății mintale necesită a fi inclusă în serviciile sistemului de sănătate pe principii comunitare.

Instituţiile psihiatrice specializate necesită, la rândul lor, a fi înlocuite de servicii novatoare din domeniul sănătății mintale.

„Advoracy" este un mijloc important şi eficient de elaborare a unui complex de acţiuni pentru a face cât mai cunoscute posibil problemele de sănătate mintală şi includerea acestora pe agenda autorităților. Fiind implementate, acţiunile de Advocracy pot conduce la îmbunătăţirea politicilor, a legislației şi dezvoltării serviciilor din domeniu.

8.5. PREVENȚIA CA ELEMENT ESENȚIAL AL ABORDĂRII ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ

Abordarea de tip Sănătate Publică oferă încă un avantaj distinct prin faptul că include consideraţii explicite asupra prevenției tulburărilor, nu doar asupra tratamentului acestora.

Cu toate că există relativ puţine date asupra modului de a face prevenţia primară a tulburărilor mintale, sunt bine stabilite asocieri mai largi între contextul social şi bolile mintale.

Sărăcia apare ca factorul mediator central în multe dintre aceste relaţii complexe. Într-adevăr, s-a demonstrat că sărăcia, inechităţile economice şi marginalizarea socială sunt factori de risc pentru o serie de tulburări mintale. Cercetarea acestor asocieri este deosebit de incitantă, deoarece „cauzalitatea" bolilor mintale nu poate fi privită ca o consecinţă lineară a factorilor etiologici (de exemplu, şomajul care cauzează depresie).

În mod tradiţional se disting trei niveluri ale prevenţiei: primar, secundar şi terţiar (Goldberg şi Tantam, 1991; Newton, 1992; Sowden et al., 1997). Prevenţia secundară se referă la depistarea precoce a cazurilor, de obicei prin screening, atunci când tratamentul precoce poate îmbunătăţi semnificativ evoluţia şi efectele bolii. Prevenţia terţiară include măsuri destinate să reducă disabilităţile datorate bolii (Breakey, 1966). Modelul propus de Institutul de Medicină (Medical Institute, 1994), „Spectrul Intervenţiilor pentru Probleme de Sănătate Mintală", poate avea o valoare euristică mai mare. Acest model presupune ca cele trei faze ale prevenţiei, tratamentului şi întreţinerii, reprezintă un continuu şi împarte prevenţia în trei sectoare: universală, selectivă şi recomandată.

Intervenţiile *universale* sunt orientate către întreaga populaţie şi sunt, din motive deja discutate, relativ puţin importante în acest stadiu al cunoaşterii noastre asupra prevenirii bolilor mintale.

Intervenţiile *selective* ţintesc persoanele la risc şi, dat fiind că factorii de risc sunt identificaţi mai frecvent decât cauzele tulburărilor, ne putem aştepta ca atenţia acordată unor asemenea măsuri să crească în viitor.

Intervenţiile *recomandate* sunt direcţionate către persoanele la risc crescut sau către acelea care prezintă semnele precoce ale bolii. Acest fapt poate fi numit *strategia riscului crescut*, care încearcă să reducă factorii de risc sau impactul acestora asupra persoanelor identificate ca fiind expuse unuia sau mai multor factori de risc pentru tulburarea mintală.

8.6. PROGRAMELE COMUNITARE ORIENTATE DE SĂNĂTATEA MINTALĂ

Boala mintală este un fenomen natural, ca de altfel toate celelalte maladii. Recunoaşterea faptului că funcţiile fizice şi psihice ale organismului nu se pot privi aparte una de alta este primul pas spre rezolvarea multilaterală a problemei sănătăţii şi bunăstării oamenilor.

Integrarea sănătăţii psihice în instituţiile medicinei primare va contribui la îmbunătăţirea stării generale de sănătate a populaţiei.

Programul Suportului Comunitar (PSC) pentru promovarea Sănătăţii Psihice – prevede 10 componente esenţiale ale unui sistem de sprijin comunitar:

1. Identificarea şi cunoaşterea persoanelor cu tulburări psihice.
2. Tratamentul psihiatric.
3. Serviciul antipsihotic, de criză.
4. Serviciile medicale şi stomatologice.
5. Cazarea.
6. Suportul de transport şi împuternicirile asistenţei.
7. Suportul semenilor, familiei şi comunităţii.

8. Serviciile de recuperare.
9. Protecţia socială şi avocatura.
10. Managementul cazual.

Aceste sisteme de îngrijire în propria lor comunitate ajută persoanele cu tulburări psihice să-şi maximalizeze potenţialul pentru dezvoltare, perfecţionare, independenţă şi integrare / reintegrare.

În general, procesul reabilitării cuprinde trei etape:

- reabilitarea medicală;
- reabilitarea profesională;
- reabilitarea socială.

Îngrijirea comunitară presupune implicare şi responsabilitate socială, angajare şi devotament pentru oameni şi sănătatea lor.

Sănătatea publică ca ştiinţă şi arta de a preveni îmbolnăvirile şi de a prelungi viaţa îşi organizează eforturile în următoarele direcţii: controlul îmbolnăvirilor, educarea în vederea păstrării igienei personale, organizarea de servicii medicale şi de nursing pentru stabilirea diagnosticului şi aplicarea tratamentului preventiv, dezvoltarea unui angrenaj social care să poată asigura fiecăruia un standard de viaţă adecvat în vederea menţinerii stării de sănătate şi a creşterii duratei de viaţă a individului.

Semantica referitoare la obiectivele sale s-a schimbat în timp pornind de la perioada definirii Sănătăţii Publice. Hanlon şi Picket (1979) defineau relaţia dintre starea de sănătate a individului şi sănătatea publică după cum urmează: „Sănătatea este o expresie a funcţionării fiziologice şi psihologice efective a persoanei. În acelaşi timp, ea are şi semnificaţia de sistem de îngrijire condiţionat de cultură, economie, legi şi guvern ce poate funcţiona într-un cadru privat sau public".

Scopul îngrijirilor comunitare este de a promova spre binele oamenilor cel mai înalt nivel de funcţionare mintală, fizică şi socială. Conceptul de persoană se referă în sens larg la toate fiinţele omeneşti. În teoriile nursingului, el a căpătat complexitatea sa reală conferită de componentele sale biologice, psihologice şi sociale. Pornind de la ea, asistentele sunt acelea care se îngrijesc de aspectele complexe ale vieţii oamenilor (Ruth şi Partridg, 1978).

Cel de al doilea concept major îl reprezintă mediul, care include toţi factorii ce afectează oamenii din interior şi exterior. Indivizii pot reacţiona în mod diferit faţă de stimulii ambientali interni/externi. Conceptul de mediu include, de asemenea, aspectele intelectuale, psihologice şi interpersonale ale individului care pot influenţa reacţiile ambientale.

Al treilea concept major – sănătatea, poate fi privită ca fiind într-o continuă dinamică şi schimbare. Ea este dependentă de modul în care individul se adaptează continuu la factorii de mediu şi de stres. Deoarece teoreticienii nursingului cred că sănătatea este influenţată de mulţi factori, definiţiile date acesteia sunt mai puţin consistente decât cele destinate celorlalte concepte.

Standardele de nursing comunitar sunt orientate mai mult spre activitatea practică şi cuprind etapele de analiză, planificare, implementare şi evaluare pe baza planului de nursing. Fiecare asistenţă comunitară dezvoltă o filozofie de nursing bazată pe pregătirea, activitatea ei profesională şi propria personalitate. La ea mai contribuie experienţa de lucru, colaborarea complexă cu clientul, familia, comuni-

tatea, cu ceilalți membri ai echipei precum și studiul permanent. Filozofia nursingului comunitar este bazată pe *„valoarea și demnitatea individuală”*.

Îngrijirea în comunitate trebuie să ofere confort și liniște, să ajute persoanele cu probleme de sănătate să-și vindece corpul sau să-i ajute să trăiască în demnitate cu propriile infirmități.

În urma analizei definițiilor de mai sus s-au desprins următoarele standarde pentru practica de nursing comunitar:

1. Culegerea de date despre starea de sănătate a pacientului / clientului este continuă și sistematică.
2. Diagnosticul de nursing derivă din datele culese.
3. Planul de nursing include scopuri ce rezultă din diagnosticul de nursing.
4. Planul de nursing stabilește prioritățile de îngrijire în funcție de diagnosticele de nursing.
5. Intervenția de nursing presupune și participarea pacientului la promovarea stării sale de sănătate, a recuperării și menținerii sale.
6. Acțiunile de nursing ajută pacientul să-și mărească potențialul de sănătate.
7. Progresul pacientului în atingerea scopurilor propuse este realizat prin participarea comună a nursei și a sa.
8. Acțiunile de nursing implică evaluări repetate, stabilirea/reorientarea priorităților, definirea noilor scopuri și revizuirea permanentă a planului de nursing.

Una dintre dimensiunile asistenței comunitare o reprezintă integrarea sa cu celelalte servicii de sănătate mintală. Pentru realizarea ei a fost necesară introducerea cunoștințelor de *psihologie comportamentală* și de dezvoltare în pregătirea asistentelor și recunoașterea de către comunitate a responsabilităților ce le revin în raport cu dereglările / modificările emoționale ale cetățenilor precum și a valorilor rezultate din relația asistentă – client și asistentă – familie.

Mulți membri ai diferitor clase sociale sau aparținând grupurilor economice au început să fie preocupați de valoarea menținerii stării de sănătate a fiecărui individ. S-a recunoscut faptul că sănătatea nu este un privilegiu al acelora care pot plăti pentru ea, ci un drept al fiecăruia.

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt servicii acordate indivizilor de toate vârstele. Ele se adresează vârstnicilor, suferinzilor cu diferite disabilități, bolnavilor aflați în convalescență care necesită îngrijiri de scurtă / lungă durată. Serviciile de îngrijire la domiciliu pot fi specializate și depind de natura și dimensiunea nevoilor de îngrijire ale clientului.

Majoritatea spitalelor din Europa și nu numai au astăzi propriile case de îngrijiri, programe de planificare și coordonare a îngrijirilor la domiciliu furnizate după externarea din spital.

8.7. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE

Sănătatea mintală este ceea ce gândim, simțim, cum acționăm și cum facem față încercărilor vieții. Este cum ne privim pe noi înșine, viețile noastre și oamenii care fac parte din ele. La fel ca sănătatea fizică, sănătatea mintală este importantă în fiecare stadiu al vieții omului. Sănătatea mintală include conceptul cum facem

faţă stresului, cum ne relaţionăm cu ceilalţi şi cum luăm deciziile. Mulţi oameni pot avea probleme de sănătate mintală într-un anumit moment al vieţii. Termenul de sănătate mintală implică şi organizarea, şi dezvoltarea politicii de igienă mintală.

Sănătatea mintală este un concept care decurge din cel de normalitate, adaptat la viaţa psihică a individului. Ea este o stare atribuită persoanei, rezultând dintr-o „modelare valorică" a acesteia ca urmare a acţiunii exercitate asupra individului sau a grupului de indivizi de către modelul socio-cultural. Este un concept medico-psihologic (starea de echilibru fizic, psihic şi moral), dar şi medico-profesional (situaţia de adaptare – integrare în realitatea lumii şi în relaţiile cu ceilalţi).

Caracteristicile semnalate se regăsesc, de altfel, în definiţia propusă de Dicţionarul de Psihologie Larousse asupra sănătăţii: „Acest concept este strâns legat de noţiunea de adaptare, aşa încât OMS consideră de cuviinţă să precizeze că sănătatea este deplina posesiune a bunăstării sociale, mintale şi fizice şi nu numai absenta bolilor şi afecţiunilor. Când vorbim de sănătate ne referim, în mod implicit, la echilibrul dinamic care există între organism şi mediul său. Individul capabil să-şi rezolve conflictele (de origine internă şi externă) şi să reziste inevitabilelor frustrări ale vieţii sociale este un individ sănătos. Acela care nu reuşeşte lucrul acesta se îmbolnăveşte. Simptomele nevrotice sunt expresia unei rezolvări inadecvate a tensiunilor, pe când psihozele semnifică eşecul adaptării la lumea normală".

Echilibrul sufletesc şi armonia fac nobleţea şi distincţia fiinţei umane. Ele sunt condiţia esenţială a progresului individului şi a formării sale. Tocmai de aceea, din cele mai vechi timpuri ale civilizaţiei umanităţii datează prescripţii de igienă mintală care au devenit repere înscrise în codul socio-cultural al modelului ce conduce societatea. Un rol esenţial revine cunoaşterii de sine şi autocontrolului, igiena mintală fiind un mijloc de educaţie intelectuală şi morală. Spre deosebire de igiena generală, ce formează habitudini, igiena mintală formează mentalităţi superioare de care depind caracterul, modelarea comportamentului, normarea relaţiilor interumane, cooperarea şi toleranţa dintre indivizi, precum şi dintre indivizi şi societate.

J.Sutter defineşte sănătatea mintală ca fiind capacitatea psihicului de a funcţiona armonios, adaptat şi de a face faţă cu supleţe situaţiilor dificile, fiind capabil să îşi regăsească echilibrul după confruntarea cu acestea.

Boala psihică se delimitează prin prezenţa anumitor trăiri, comportamente, idei, convingeri, percepţii, care contrastează cu cele întâlnite în mod obişnuit, situându-se în afara marjei de variaţie caracteristică populaţiei respective şi ducând la dezorganizarea vieţii psihice sau la o reorganizare la un nivel inferior.

Există deja suficienţi indici care atestă ameninţări asupra sănătăţii mintale semnificative în Moldova, printre care amintim:

- deteriorarea generală a stării de sănătate a populaţiei;
- expansiunea abuzului şi a dependenţei de substanţe psihoactive;
- creşterea ratei suicidului, în special în rândul tinerilor;
- suprastructurarea cu factori de stres a societăţii (declin economic, creşterea şomajului, scăderea nivelului de trai).

Pentru a răspunde optim nevoilor populaţiei şi pentru a asigura accesul la servicii de sănătate mintală este necesar de:

- a cultiva în rândul populaţiei o mentalitate conform căreia starea de sănătate mintală este condiţia esenţială a dezvoltării armonioase şi echilibrate (fizică, intelectuală şi socială a membrilor comunităţii umane respective;

- a institui un program amplu de sănătate mintală bazat pe specificul problemelor comunităţii umane respective, pe necesităţile acesteia;
- a depista precoce tulburările mintale şi institui imediat unele măsuri adecvate de combatere a acestora;
- a organiza reţele de asistenţă spitalicească şi ambulatorie, organisme de postcură şi de recuperare, care urmăresc reducerea morbidităţii, perioadei de evoluţie a bolii, favorizând readaptarea socială, familială şi profesională – şcolară a bolnavului mintal;
- a adopta unele măsuri speciale de recuperare a deficienţelor psihice, de reorientare profesională;
- a rezolva problemele psiho-sociale ale copiilor inadaptaţi social, cu tulburări mintale sau de dezvoltare somatică, prin instituirea unor măsuri psihologice de ordin medico-pedagogic şi medico-psihiatric.

La fel să fie dezvoltate la mai multe niveluri: îngrijirea în servicii specializate, îngrijirea în servicii comunitare, servicii de psihiatrie în spitalele regionale, servicii de sănătate mintală în sistemul de îngrijiri primare, îngrijiri comunitare informale şi autoîngrijirea.

Oferirea de servicii de sănătate mintală prin sistemul primar de îngrijire – medicina de familie, este considerat ca fiind unul dintre cele mai eficiente şi mai viabile strategii pentru îmbunătăţirea accesului la serviciile de sănătate mintală şi ea include:

- *Referirea către specialistul de sănătate mintală.* Serviciile primare au rolul de punct de intrare al persoanei cu probleme sau tulburări de sănătate mintală în sistemul de servicii şi pot să propună recomandări către serviciile specializate de sănătate mintală după evaluarea şi identificarea primară a problemei. Avantajele acestui sistem sunt ca medicul de familie poate face trimitere către cel mai adecvat şi apropiat serviciu specializat.
- *Psiho-educaţia familiei şi comunităţii.* Este o realitate faptul că persoanele cu tulburări de sănătate mintală sunt mai compliante la servicii de sănătate mintală dacă înţeleg care este problema cu care se confruntă şi care sunt cele mai eficiente metode de reducere a simptomelor şi de îmbunătăţire a calităţii vieţii personale şi a familiei acestuia. Aderenţa la orice formă de tratament depinde într-o măsură foarte mare de înţelegerea mecanismelor problemelor sale şi a intervenţiilor specifice la care el trebuie să participe. Rolul medicinei primare este unul deosebit de relevant, în acest context facilitând recuperarea mai rapidă şi mai eficace a persoanelor cu probleme / tulburări de sănătate mintală.
- *Prevenirea tulburărilor de sănătate mintală şi promovarea sănătăţii mintale.* Această funcţie serviciilor primare de sănătate este esenţială şi ea include: intervenţiile în criză. Serviciile primare de sănătate sunt cele mai adecvate servicii care pot oferi intervenţii în criză pentru că sunt, de cele mai multe ori, primul contact al persoanei cu probleme de sănătate mintală cu serviciile de sănătate. Intervenţiile în criză previn dezvoltarea unor simptome severe şi a unor episoade acute, precum şi deteriorarea stării de sănătate mintală a persoanei cu o problemă de sănătate mintală.

Membrii comunităţii locale, care nu sunt profesionişti în sănătatea mintală, pot oferi o serie de servicii, cum ar fi: coordonarea unor grupuri de suport, a unor

asociaţii ale beneficiarilor şi a familiilor acestora, pot realiza activităţi umanitare şi de advocacy. Profesorii şi poliţiştii reprezintă două exemple de persoane care pot oferi servicii comunitare. Aceste grupuri profesionale au beneficiul de a fi mai uşor acceptaţi de către comunitate şi sunt mai accesibili. Ei au un rol foarte important în integrarea persoanelor cu tulburări de sănătate mintală în comunitate şi în promovarea serviciilor de sănătate mintală.

- Oferirea de suport şi consiliere de bază persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Aceasta include consiliere suportivă individuală, suportul oferit familiei şi consiliere suportivă de grup oferită persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- Sprijinul în reintegrarea comunitară şi în activităţile de zi cu zi ale persoanelor cu tulburări de sănătate mintală. Multe dintre persoanele cu tulburări de sănătate mintală au dificultăţi în accesarea serviciilor necesare traiului de zi cu zi din comunitate, cum ar fi cumpărăturile sau transportul. Serviciile informale oferă acest sprijin acestor persoane şi le facilitează integrarea în comunitate.
- Advocacy pentru drepturile persoanelor cu tulburări de sănătate mintală. Membrii comunităţii au un rol important în educarea şi informarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală şi a celorlalţi membri ai comunităţii privind drepturile persoanelor cu tulburări de sănătate mintală şi dreptul la servicii de sănătate mintală.
- Servicii de prevenire şi promovare a sănătăţii. Membrii comunităţii se pot implica în acţiuni de prevenire şi promovare a sănătăţii mintale. De exemplu, profesorii pot desfăşura activităţi în şcoli de prevenţie şi promovare a sănătăţii cum ar fi prevenţia violenţei şcolare şi a violenţei domestice.
- Identificarea problemelor de sănătate mintală şi referirea cazurilor către serviciile de specialitate. Membrii comunităţii locale pot promova serviciile de sănătate mintală în rândul grupurilor vulnerabile sau în cazul membrilor cu competenţe minimale în sănătate mintală pot face recomandări acestora pentru a accesa serviciile de sănătate mintală. Serviciile formale de sănătate mintală comunitară includ o varietate de intervenţii realizate de profesioniştii în sănătate mintală şi paraprofesionişti. Acestea sunt serviciile de reabilitare psihosocială, echipele mobile de intervenţie în criză, serviciile terapeutice de tip rezidenţial, îngrijirile la domiciliu.
- Reabilitarea psihiatrică şi psihosocială şi tratament. Scopul acestor servicii este de a oferi asistenţă persoanei cu tulburări de sănătate mintală în comunitatea în care trăieşte şi de facilitare a funcţionării acesteia în mod optim în comunitate. Există mai multe modele de servicii comunitare cum ar fi managementul de caz, serviciile mobile sau îngrijirile la domiciliu. Alegerea unui model de îngrijire depinde de contextul social şi cultural în care vor fi dezvoltate aceste servicii.
- Servicii rezidenţiale. Serviciile comunitare dezvoltă şi servicii rezidenţiale în parteneriat cu alte agenţii, cu serviciile sociale sau administraţia locală.
- Servicii de intervenţii în criză. Aceste servicii se oferă în colaborare cu medicina de familie care reprezintă, de cele mai multe ori, primul contact cu pacientul într-o situaţie de criză. Serviciile comunitare fac legătura dintre serviciile primare de sănătate şi serviciile oferite de spitalele generale. Serviciile de criză sunt adesea oferite de echipe mobile de profesionişti în sănătate mintală. Sunt dezvoltate centre de criză pentru persoane cu vulnerabilităţi şi probleme specifice.

- Educație şi trening. Serviciile comunitare de sănătate mintală sunt adesea implicate în educația şi treningul profesioniştilor din alte domenii ale serviciilor şi a specialiştilor din medicina primară, şi a celor care lucrează în spitalele generale.
- Colaborarea cu alte servicii comunitare sau spitaliceşti. Serviciile de sănătate mintală trebuie să dezvolte parteneriate cu servicii din alte agenții, cum sunt serviciile oferite de sistemul social sau serviciile dezvoltate de ONG-uri.
- Corectare. Serviciile comunitare de sănătate mintală trebuie să dezvolte proiecte de corectare în mod special în analiza eficacității unor modele de servicii şi intervenții specifice. Serviciile care lucrează direct cu beneficiarii pot identifica nevoi specifice de servicii şi intervenții.

Recomandări din Raportul mondial al sănătății pentru 2005.

- Acordarea tratamentelor în sistemul primar.
- Disponibilitatea medicamentelor psihotrope.
- Oferirea îngrijirilor comunitare.
- Educația şi instruirea publică.
- Implicarea comunităților, a familiilor şi a consumatorilor/utilizatorilor.
- Elaborarea politicilor, a programelor şi a legislației naționale.
- Dezvoltarea resurselor umane.
- Monitorizarea sănătății comunitare.
- Încurajarea investigațiilor şi studiilor.

ALCOOLISMUL

9.1. ASPECTE GENERALE. ISTORIC

Alcoolismul a fost dintotdeauna o problemă medico-socială acută. Pe parcursul cunoaşterii lui noţiunea de „alcoolism” se lărgea şi se aprofunda. Astfel s-a conturat conţinutul complex al termenului, prezentând aspectul medical şi social al problemei.

Aspectul social dezvăluie prejudiciile spirituale, demografice, economice şi biologice legate de consumul excesiv al băuturilor spirtoase atât la însuşi consumatorii, cât şi în întreaga societate. Aspectul medical integrează dereglările psihice şi viscerale, endocrine, neuro-humorale şi alte schimbări patologice în organism legate nemijlocit de alcoolizarea cronică sau apărute în urma ei. Ambele aspecte tangenţiază la nivel de cauză şi consecinţă.

Primele informaţii despre beţie ca fenomen de maladie le întâlnim în scrierile lui Hippocrate, Galen. Însă o reflecţie ştiinţifică patologia medicală alcoolică a căpătat numai în ultimele două secole.

În anul 1819, Vril-Kramer K.M., medic moscovit, introduce termenul de „dipsomanie”. În lucrarea sa „Dipsomania şi tratamentul acesteia” el scria „Beţia fiind determinată de motive moraliceşti, într-un şir de cazuri trece în accese dipsomanice, care trebuie privite ca fenomene morbide. Acest necaz este bazat pe legile patologice şi nu este străin iscusinţei medicului, prin urmare este o suferinţă fizică”.

În anul 1849, pentru prima dată se introduce termenul de „alcoolism cronic” de către cercetătorul ştiinţific, activistul pe teren social, suedezul Magnus Huss. În lucrarea sa devenită clasică „Alcoolismul cronic ori maladia alcoolică cronică” autorul tratează noţiunea de alcoolism cronic ca totalitatea dereglărilor din organism generate de consumul abuziv de băuturi spirtoase.

Cu timpul, termenul acesta capătă o semnificaţie socio-medicală, indicând consumul alcoolului ca atare, influenţa lui asupra altor valori ale societăţii umane ca moravuri, munca etc. şi fenomenul de „beţie” cu un amplu spectru al consecinţelor ei. Larga utilizare a termenului „alcoolism cronic” de mulţi autori face cuprinsul lui variat şi nu delimitează noţiunea de „beţie”.

S.S. Korsakov (1913) introduce termenul „alcoolism cronic” în manualul său de psihiatrie în paralel cu termenii „beţia” şi „beţia permanentă”.

Necesitatea depistării precoce a alcoolismului a generat noţiunea de alcoolism habitual, care denumeşte etapa incipientă a maladiei alcoolice.

De menţionat că termenul „alcoolism cronic” a fost şi rămâne prioritar în literatura medicală. El a fost ulterior folosit în calitate de sinonim al termenilor intoxicaţie alcoolică cronică şi etilism.

La temelia raţionamentelor despre maladie se pune consumul sistematic al alcoolului şi cantitatea lui folosită. O clasificare de acest gen aparţine renumitului medic canadian J. Jellenek. Ea a fost aprobată de Organizaţia Mondială a sănătăţii (1854) şi se practica în multe ţări. Conform acestei clasificări alcoolismul parcurge patru faze:

– Faza beţiei simptomatice sau faza prealcoolică. Consumul alcoolului este social şi moral motivat, dar se evidenţiază toleranţa sporită, amnezii alcoolice;

– Faza prodromală. Alcoolul se transformă în remediul cu ajutorul căruia bolnavii juguleazā atracţia către el. Alcoolul devine idee obsesivă, se consumă în cantităţi mari;

– Faza critică sau crucială. Lipseşte controlul asupra cantităţii alcoolului consumat. Ebrietăţile sunt pronunţate. Bolnavii se retrag de la activitate, întrerup relaţiile cu prietenii. Apar conflicte în familie, idei de gelozie, necesitate diminuată în alcool dimineaţa cu consum în doze mari spre seară;

– Faza cronică. Pentru ea este tipic consumul de alcool de dimineaţă, dipsomanii de lungă durată, conflicte în societate. Pacientul devine transparent, el nu ascunde viciul său, consumă surogate. Scade toleranţa către alcool.

De menţionat ca şi viziunea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii asupra terminologiei şi noţiunii alcoolismului la fel a parcurs o evoluţie.

În prezent se dă preferinţă folosirii „conceptului a doi pivoţi”: „problemele legate de alcool” şi „dependenţa alcoolică” (Edwards et al., 1977). Se consideră că aceste formulări diagnostice vor reorienta pe toţi clinicienii spre un spectru larg de măsuri profilactice în întreaga populaţie şi spre intervenţii individuale.

9.2. FORMELE DE CONSUM AL ALCOOLULUI

Formele de consum al alcoolului pot fi divizate în trei grupe:

a) forme de consum al băuturilor alcoolice admise de societate în situaţii concrete de ritualuri, obiceiuri, tradiţii etc.;

b) forme de consum abuziv – prenozologice –al băuturilor spirtoase;

c) forme patologice de consum al băuturilor spirtoase.

De menţionat că în populaţie există persoane care se abţin de la consumul băuturilor spirtoase – abstinenţi. E.E. Behtel (1986) îi divizează în două grupe: abstinenţi absoluţi care nu consumă băuturi spirtoase cel puţin în timp de un an; abstinenţi relativi – consumatori de băuturi alcoolice extrem de rar (2–3 ori pe an în cantitate de până la 100 ml de vin). Ei consumă alcool fără dorinţă, de obicei la insistenţa celor din jur. Abstinenţii alcătuiesc circa 10% din populaţie. Mai frecvent ei se întâlnesc în loturile vârstelor extreme – până la 20 şi mai sus de 60 de ani. Femei abstinente sunt de 2 ori mai multe (12,8%) decât bărbaţi (6,8%). Motivele abstinenţei sunt intoleranţa biologică a alcoolului, înrăutăţirea stării sănătăţii, educaţia în spirit puritan în familie sau considerente religioase.

Consum întâmplător al băuturilor spirtoase. Se realizează în cazuri de sărbători, evenimente festive familiale. Persoanele în cauză se familiarizează, de obicei, târziu cu consumul de alcool. Ele manifestă o toleranţă mică faţă de alcool cu efect neînsemnat de euforizare, nu selectează băuturile alcoolice, fiind indiferenţi faţă de gustul şi proprietăţile acestora.

Periodicitatea consumului de alcool la aceşti oameni e de 1 dată în 2–3 luni până la 1-2 ori pe lună. Reţinerea de la alcool este uneori interpretată incorect. Ebrietatea e de grad uşor, neînsemnată, rar mediu, moderată. Nu se pierde controlul asupra comportării, cantităţii alcoolului consumat. Atenţia, memoria, gândirea, procesele asociative, conştiinţa nu se schimbă. Această formă de consum al alcoolului este practicată de circa 38% din populaţie, inclusiv 16% bărbaţi şi 58% femei.

Consumul moderat de alcool. Se înregistrează la circa 32% din populaţie, 18% din femei, 48% din bărbaţi. Este răspândit aproximativ egal între toate vârstele şi se observă, ca şi consumul întâmplător, după vârsta de 14-18 ani pentru bărbaţi şi 16-21 ani pentru femei. În cadrul acestei practici se cultivă deprinderea. Evoluţia procesului de deprindere cu alcool este plană, fără perioade de întreţinere. Deprinderea se formează către vârsta de 25-35 de ani. Efectul de euforie este moderat. Apare senzaţia saturaţiei de alcool, care este şi mecanismul limitării consumului. Regularitatea consumului lipseşte. Pretextele sunt situaţionale, fiind recunoscute de majoritatea populaţiei ca importante şi admisibile. Se realizează, de obicei, de 1-4 ori pe lună, la un consum de 100-150 ml băuturi spirtoase recalculate în rachiu. Persoanele în cauză manifestă semne de ebrietate, însă tablourile clinice nu sunt diferenţiate. Durata stării de ebrietate este mică. În această formă de consum începe constituirea dependenţei de alcool, însă ea nu prezintă un rol important în viaţa omului. Băutorii, după chefuri, nu au senzaţii neplăcute drept consecinţe. Alcoolul se consumă în familie sau în cadrul unui grup de prieteni.

Consumul sistematic de alcool. Se observă la circa 13% din populaţie, fiind de 2,5 ori mai frecvent la bărbaţi decât la femei. Folosirea alcoolului are loc mai des, creşte doza alcoolului consumat, se lărgeşte gama pretextelor episoadelor alcoolice. Efectul euforic este destul de pronunţat, apar variante de ebrietate în urma transformării ei clinice. Consumul băuturilor spirtoase se include în stereotipul dinamic al comportamentului. Acest consum are început precoce (12-13 ani). Deprinderea alcoolică se formează în timp scurt şi devine stabilă la vârsta de 16-20 de ani. Toleranţa sporeşte. Se constituie necesitatea, dependenţa de alcool la 23-30 de ani. Cantitatea de alcool consumat atinge 200–400 ml de rachiu cu o periodicitate de 1–2 ori pe săptămână. Efectul saturaţiei întârzie. După excese alcoolice se observă labilitatea vegetativă, deprimarea capacităţii de muncă, disconfort general nepronunţat, astenie uşoară. Valorile personalităţii deviază spre băuturi alcoolice. Consumul lor, trăirea stărilor de ebrietate devin modul principal de a căpăta plăcere, satisfacţie. Această transformare permite de a privi consumul sistematic ca accentuare alcoolică a personalităţii.

Consumul de alcool ca obişnuinţă. Se întâlneşte la circa 6,6% din populaţie, inclusiv 11,6% de bărbaţi şi 1,9% de femei. La persoanele în cauză persistă necesitatea în alcool. Sporeşte frecvenţa consumului şi cantitatea alcoolului folosit. Se manifestă parţial dezadaptarea socială. Necesitatea alcoolului nu se apreciază ca patologică, dar e pronunţată şi concurează cu necesităţile de bază ale personalităţii. Apare fenomenul ebrietăţii obligate. Se pierde capacitatea de reacţie. Se prelungeşte perioada de ebrietate. Ultima devine polimorfă. Apare fenomenul goanei după euforie, se delimitează fazele euforică şi narcotică. În unele cazuri euforia trece în disforie cu comportări antisociale. Creşte toleranţa faţă de alcool. Fenomenul saturării întârzie şi mai mult.

Consumul alcoolului ca obişnuinţă se apreciază de unii clinicieni deja ca un stadiu al alcoolismului cronic (A.N. Molohov, Iu.E. Rahalski, 1959). E.E. Behtel (1986) tratează acest stadiu ca formă de consum prenosologic, numind-o prealcoolism. În descrierea ei autorul foloseşte semne clinice care, după A. A. Portnov şi I.N. Piatniţkaia, determină gradul întâi al alcoolismului cronic.

Consumul sistematic şi consumul ca obişnuinţă decurg abuziv şi sunt însoţite de unele semne de maladie. Ele corespund noţiunii „beţie". Ambele, dar mai ales cel sistematic, formează fenomenul clinic „alcoolism habitual", iar persoanele vizate – grupul de risc.

Formele patologice de consum al alcoolului se întâlnesc în cadrul alcoolismului cronic. Prin intermediul lor se declanşează mecanismele patogenetice interioare ale maladiei alcoolice, fapt ce exclude identificarea lor cu noţiunea „beţie".

Astfel, o noţiune succintă evidenţiază conţinutul socio-medical al consumului de alcool. Evolutiv el apare în următoarea continuitate: consum admisibil; consum abuziv – beţie; consum patologic.

Există două forme de dependenţă faţă de alcool: psihologică şi fiziologică sau fizică. Ambele fenomene determină tabloul clinic al alcoolismului, fiind pe larg elucidate în manuale şi monografii de specialitate.

În ultimii ani, sociologii, psihologii sociali, filozofii fac referiri la dependenţa alcoolică socio-culturală. Sub acest termen se subînţelege acea stare social-psihologică a individului în care el este predispus, hotărât către consumul alcoolului, decis să participe în ritualele alcoolice existente în societate cu mult mai înainte de a începe real consumul alcoolului. Această dependenţă nu prezintă o patologie psihofiziologică individuală, ci o patologie socială, care se manifestă prin dereglări ale procesului de adaptare normală a individului ca personalitate către mediul său social (N.S. Larionov, 1989). Conform părerilor autorului, domeniul dependenţei alcoolice socio-culturale poate servi drept bază pentru interpretarea etiologiei consumului de alcool ca maladie socială.

Fenomenul dependenţei socio-culturale este considerat de unii autori mecanismul de pătrundere a consumului de alcool în rândurile adolescenţilor. În materialele Biroului Regional European (1993–1994) s-a publicat că la vârsta de 15 ani 96,2% din băieţi şi 90,7% din fete din Austria cunosc deja gustul alcoolului, în Belgia – 92,6% din băieţi şi 90,7% din fete consumă băuturi alcoolice, iar în Cehia – 95,4% din băieţi şi 96,6% din fete consumă alcool o dată în săptămână, dintre care 35,6% băieţi şi 11,5% fete şi mai frecvent.

Formele patologice de consum sunt condiţionate de aşa mecanisme clinice ca dependenţa psihologică şi fiziologică cu pasiune patologică primară, care se provoacă situaţional sau apare spontan, şi pasiune patologică secundară ce se manifestă după ingerarea unei doze nu prea mari. În ultimul caz bolnavul este lipsit de capacitatea controlului asupra cantităţii alcoolului consumat, din care cauză el poate atinge stări de ebrietate pronunţată cu diferite grade de amnezie.

Forma de consum al alcoolului cu exces de o singură zi. După excesul alcoolic apar simptoame de intoxicaţie cu dezgust la alcool şi diferite repausuri între excese. Apare la alcoolismul de gradul întâi.

Forma de consum al alcoolului de tip pseudodipsomanie. Alcoolul se consumă regulat timp de 2–3 zile, până la o săptămână. Debutul excesului este situaţional.

Deseori se realizează la sfârşitul săptămânii „alcoolismul sfârşitului de săptămână". Încetarea excesului la fel este situaţională: lipsa de bani, conflicte în familie etc. În acelaşi timp, toleranţa pentru alcool şi necesitatea în el persistă. Bolnavii renunţă la consumul de alcool până la o săptămână şi mai mult. Fenomenul dat se observă în alcoolismul de gradul doi.

Consumul de alcool în formă neîntreruptă pe fundalul toleranţei sporite. Continuitatea lui e de la câteva săptămâni până la câteva luni. Se consumă cantităţi mari de alcool, preponderent în a doua jumătate a zilei. Întreruperile în consum sunt scurte şi nu depind de starea sănătăţii pacientului, ci de împrejurări. Este caracteristică pentru alcoolismul de gradul doi.

Forma „intermitentă" de consum al alcoolului. Pe fundalul consumului de lungă durată şi în doze mari de alcool, periodic, în decursul câtorva zile se folosesc cantităţi maxime de alcool pentru persoana în cauză. Este caracteristică pentru gradul doi şi începutul gradului trei al alcoolismului cronic.

Forma de consum al alcoolului de tip dipsomanie veridică. Primar apare atracţia patologică spontană, însoţită de senzaţii neplăcute în organism, dereglări afective. Primele zile se consumă doze mari de alcool, apoi, în urma scăderii toleranţei faţă de alcool, dozele de băuturi spirtoase se micşorează progresiv. În cele din urmă organismul devine intolerant, consumul alcoolului se întrerupe. Abstinenţa e pronunţată. Este tipică pentru gradul trei al alcoolismului cronic.

Forma neîntreruptă de consum al alcoolului pe fundalul toleranţei scăzute. Se folosesc doze mici de alcool cu interval de 1-2 ore, inclusiv noaptea. Bolnavul se găseşte mereu în stare de ebrietate. Sindromul de abstinenţă se manifestă numai la stoparea alcoolizării. E caracteristic pentru alcoolismul de gradul trei.

9.3. IMPACTUL MEDICO-SOCIAL AL ALCOOLISMULUI

Consumul abuziv de alcool, după cum se ştie, sporeşte morbiditatea somatică şi psihică a populaţiei. Mortalitatea cauzată de alcoolism şi maladiile legate de el, conform datelor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, cedează numai bolilor cardiovasculare şi tumorilor maligne. Cercetările ştiinţifice organizate de companiile de asigurare socială din SUA au arătat că nivelul de mortalitate între persoanele consumatoare sistematic de alcool e de două ori mai înalt decât la cele abstinente. Abuzul de alcool, după D. Cahalam şi R. Room (1972), scurtează durata vieţii aproximativ cu 20 de ani.

Există o corelaţie între consumul de alcool şi mortalitatea legată de hepatitele cronice şi cirozele hepatice. Conform datelor statistice ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (1990–1993), nivelul mortalităţii prin ciroze hepatice variază de la 54,8 cazuri în Ungaria, 38,1 cazuri în România, 26,9 cazuri în Portugalia şi Italia până la 4,4 cazuri în Norvegia şi 2,1 cazuri la 100 mii de locuitori în Irlanda. Valori similare ale mortalităţii prin ciroze hepatice se constată şi în ţările continentului American: Mexic – 48,6; Chili – 42,8; Argentina – 13,3; SUA – 11,6; Canada – 9,3 cazuri la 100 000 locuitori. În Republica Moldova acest indice în anul 1995 alcătuia 90,5 cazuri.

Sunt cunoscute gastritele alcoolice cronice, ulcerul stomacal şi duodenal, enterocolite la pacienţii cu alcoolism. A.K. Kaceaev (1970) a atestat la 44,8% din alcoolici patologia aparatului digestiv.

Un impact deosebit are alcoolismul în maladiile cardiovasculare. Alcoolul atacă verigile sistemului cardiovascular. De aceea consumatorii de alcool suferă frecvent de maladie coronariană şi hipertensiune arterială, 91% din acutizările hipertensiunii arteriale sunt precedate de abuz de alcool. Aceeaşi corelaţie se observă la ictus cerebral şi boala ischemică.

Cu sporirea alcoolismului ca maladie, s-a constatat că răspândirea alcoolismului variază între 10 şi 100 de bolnavi la 1 000 de locuitori. I.V. Streliciuk, bazându-se pe datele statistice mondiale, afirmă că 6% din consumatorii de alcool se îmbolnăvesc de alcoolism. În perioada 1930-1965 numărul bolnavilor de alcoolism în diferite ţări a crescut de la 15 până la 50 de ori.

Actualmente apar informaţii despre „posibilul rol pozitiv al unor doze mici de alcool pentru sănătate", despre „posibilul efect de protejare contra maladiei coronariene a cordului". Informaţia e mai mult decât concisă, dar Oficiul Regional European al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii o dă intens publicităţii, motivând că ştiinţa s-a concentrat asupra aspectului negativ al alcoolului, iar cel pozitiv nu e studiat.

Alcoolul are acţiune depresivă asupra sistemului imun, modifică reactivitatea organismului, favorizând astfel procesele inflamatoare, morbiditatea sistemului pulmonar, inclusiv tuberculoza. Conform unor autori, 30-40% din bolnavii cu tuberculoză sunt bolnavi de alcoolism.

Morbiditatea în rândurile consumatorilor abuzivi de alcool e circa de două ori mai mare decât în populaţie. Bolile la această categorie de pacienţi au o evoluţie trenantă. Conform unor date, 6,8% din populaţie se confruntă anual cu problemele „dependenţei alcoolice" şi „abuzului de alcool" şi circa 18,9% în decursul vieţii. În clinicele de profil general ale multor ţări diagnosticul de alcoolism se stabileşte la 25-35% din pacienţii bărbaţi şi la 6-9,6% din pacienţii femei (Association National de Prevention de l'Alcoholisme, 1992).

În spitalele de psihiatrie contingentul de bolnavi cu alcoolism şi psihoze alcoolice constituie de la 20% (Badia P, 1985) până la 30% (Feurelein W., 1985) (Swedish Counicil for Information on Alcool).

B.D. Petracov (1972), J. Mozer (1974), A.K. Kaceaev, I.G. Urakov (1975) au demonstrat că răspândirea alcoolismului variază de la 10 până la 100 de bolnavi la 1 000 de locuitori. I.V. Strelciuc, bazându-se pe datele statisticii mondiale, indică o incidenţă a alcoolismului egală cu 2–6%.

Creşte numărul de femei afectate de această maladie. Astfel, în perioada 1964-1985, raportul dintre femeile şi bărbaţii alcoolici a sporit în republică de la 1:10 la 1:4. S-au agravat procesele reproductive. Studiile clinice au arătat că la femeile consumatoare de alcool graviditatea şi naşterile decurg normal în doar 9,5% din cazuri şi doar 40,5% din copii se nasc sănătoşi (L. Cunicovschi, M. Ziniac, 1978). Consumatorii de alcool cauzează 28-40% din mortalitatea în urma căderilor; 30-40% – din mortalitatea în incendii; 30-34% – în urma înecului. Circa 60% de suicide se realizează în stare de ebrietate (CCSA/ARF, 1993; C.J. Sherpitel, N. Rozovsky, 1990). Este, de asemenea, un important factor criminogen – majoritatea agresiunilor, furturilor, accidentelor de circulaţie revin pe seama persoanelor alcoolizate.

O cotă de 41% din divorţuri este motivată de beţia şi alcoolismul soţilor. În familiile în care soţul consumă sistematic alcool avorturile sunt în medie de 2–2,5 ori mai frecvente decât în cele sănătoase.

Un factor alarmant este că 79% din întregul volum de vin produs în lume se vinde pe piaţa Europei, 14,1% – pe piaţa Americii, 5,6% – în Africa, 1,1% – pe piaţa Asiei şi 0,2% – în Australia. Asemenea contraste se observă şi referitor la alte băuturi spirtoase.

Efectele alcoolului asupra sănătăţii publice depind nu numai de cantitatea alcoolului consumat, dar şi de structura băuturilor spirtoase, calitatea lor, frecvenţa consumului, concentraţia şi dozele folosite, precum şi de vârstă, sex şi starea socială a consumatorului. Nivelul de consum al alcoolului nu e constant. El diferă de la o ţară la alta şi depinde de nivelul de dezvoltare economică, valorile spirituale, gradul de cultură al populaţiei, de măsurile de control asupra alcoolului etc.

Măsurile antialcoolice în Republica Moldova au fost mai eficiente în perioada campaniei din 1985, când consumul de alcool s-a micşorat cu 78,3%, constituind 1,5 l de alcool absolut pe cap de locuitor. Graţie acestor măsuri, s-a ameliorat sănătatea publică: în perioada anilor 1959-1987 mortalitatea generală a scăzut cu 14,3%, a sporit natalitatea cu 11,1% şi excedenţa naturală a populaţiei cu 27,5%. S-a micşorat mortalitatea prin maladii ale sistemelor cardiovascular cu 25,7%, digestiv – cu 39,8%, pulmonar – cu 25,1% şi prin hepatite cronice şi ciroze hepatice – cu 13,7%. Letalitatea în staţionarele narcologice s-a micşorat de 7 ori.

Odată cu demonopolizarea şi liberalizarea pieţei alcoolului, a sporit nivelul de consum al alcoolului. Drept urmare se observă corelaţii directe între fazele dinamicii nivelului sporit de consum al alcoolului şi etapele strategiilor de control asupra lui.

Combaterea alcoolismului este o problemă majoră pe care omenirea încearcă să o soluţioneze de-a lungul mileniilor. De acum în China antică prin decret se interzicea consumul de alcool. Paralel cu măsuri restrictive, educative, legislative au fost elaborate diferite forme de asistenţă medicală bolnavilor de alcoolism.

Actualmente direcţia principală de activitate antialcoolică în Republica Moldova este micşorarea nivelului de consum al alcoolului. Sarcina Guvernului e să nu admită o creştere a acestui indice peste 6 l de alcool absolut pe cap de locuitor către anul 2015.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii recomandă ca fiecare ţară să-şi elaboreze o politică naţională proprie faţă de consumul de alcool. Atitudinea populaţiei faţă de alcool în diferite ţări depinde de nivelul cultural şi bunăstarea poporului, de tradiţii şi normele morale şi etice ale lui. Deci şi conţinutul politicii trebuie să fie neunivoc. Această problemă a fost abordată la Carta Conferinţei de la Paris (1995), care stipulează 5 principii etice şi 10 strategii de activitate referitoare la alcool. Carta a fost semnată şi de Republica Moldova.

Oficiul Regional European al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii a adoptat al doilea Plan European de Acţiuni privind combaterea consumului de alcool pentru anii 2000–2004. În Republica Moldova se perfectează proiectul Legii cu privire la controlul asupra alcoolului, educarea populaţiei în spiritul abstinenţei şi evitării consecinţelor consumului de alcool. Legea va exprima prioritatea Sănătăţii Publice în acţiunile politice ale Republicii Moldova în conformitate cu articolul 158 din Tratatul de la Amsterdam al Uniunii Europene.

NARCOMANIA

10.1. SCURT ISTORIC

Plantele care conţin substanţe stupefiante sunt cunoscute încă din antichitate. Papirusule Edvin, Smit, Herst, Cester-Bitti conţin sfaturi privind întrebuinţarea unor astfel de plante. Oamenii din trecut cunoşteau efectul sedativ al macului şi cânepei, dar aceste substanţe se întrebuinţau numai în ceremoniile rituale.

Istoricii consideră că răspândirea drogurilor a început din Orient, zona Mării Mediterane prin Persia şi India, mai târziu prin China. Apoi au apărut drogurile şi în Europa prin Turcia, Iran şi Statele Orientului Apropiat.

După războiul franco-prusian din anii 1870-1871 în Europa a avut loc primul „vârf" al narcomaniei. Al doilea episod similar s-a atestat după primul Război Mondial. Măsurile întreprinse, legile emise în diferite ţări, lichidarea depozitelor de droguri au contribuit la atenuarea acestui fenomen negativ.

Narcomania ca un flagel social a apărut în anii '60 ai secolului al XX-lea în SUA şi Canada. Din anii 80 răspândirea narcomaniei a căpătat un caracter de epidemie la scară mondială. Cam din această perioadă se observă răspândirea narcomaniei şi în Republica Moldova.

10.2. POLITICA ŞI STRATEGIA NAŢIONALĂ DE COMBATERE A NARCOMANIEI

Consumul de droguri şi traficul ilicit al substanţelor cu efect stupefiant la sfârşitul secolului al XX-lea a devenit una din cele mai periculoase probleme sociale care preocupă întreaga comunitate internaţională.

Asambleea Generală a ONU a proclamat deceniul 1991-2000 perioada de combatere a consumului ilicit de substanţe cu efect stupefiant şi a propus fiecărui Guvern şi Parlament să elaboreze şi să perfecteze legislaţia ce vizează problema combaterii acestui flagel. Declararea consumului de droguri în afara cadrului legal şi majorarea bruscă a preţurilor de procurare a lor creează condiţii favorabile de apariţie a grupărilor criminale, organizarea traficului ilicit al drogurilor cu dezvoltarea narcobusinessului.

În ultimii ani am devenit martorii tragediei ce se desfăşoară în Europa de Vest, unde se depistează o creştere bruscă a persoanelor infectate cu HIV. Conform datelor OMS, în anul 1999 în Europa de Vest au fost infectate de SIDA circa 130 de mii persoane, ceea ce constituie 75% din cazurile noi depistate.

Majoritatea dintre aceste persoane sunt consumatori de droguri. Aceeaşi tendinţă se observă şi în Republica Moldova: 84,3% din bolnavii infectaţi cu HIV sunt

consumatori de droguri. Accesibilitatea drogurilor în Republică este determinată de câţiva factori, dintre care o deosebită importanţă au drogurile de origine vegetală – macul opiaceu şi cânepa indiană, care sunt cultivate sau cresc spontan pe tot teritoriul republicii.

Strategia naţională de combatere şi profilaxie a narcomaniei şi infecţiei cu HIV este bazată pe politica naţională în domeniul ocrotirii sănătăţii şi protecţiei sociale, pe de o parte, şi pe relaţiile internaţionale în combaterea răspândirii consumului de droguri şi micşorării ofertei, pe de altă parte.

Comunitatea internaţională, a aprobat trei Convenţii asupra stupefiantelor (1961, 1971 şi 1988), la care Republica Moldova a aderat în 1995. Un rol deosebit în aceste convenţii revin problemei cultivării, producerii, traficului şi consumului ilicit de droguri şi limitării acestei activităţi prin perfectarea legislaţiei.

Parlamentul Republicii Moldova a adoptat Legea „Cu privire la circulaţia substanţelor narcotice, psihotrope şi a precursorilor" nr.382–XIV din 06.05.1999. A fost alcătuită o comisie şi elaborat un Program de Combatere a Narcomaniei şi Narcobusinessului. În baza acestui Program Ministerul Sănătăţii a aprobat „Măsurile de realizare a Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 303 din 30 martie 2000: Cu privire la aprobarea Programului de combatere a Narcomaniei şi Narcobusinessului pe anii 2000-2001".

Narcomania a devenit un factor serios ce influenţează negativ dezvoltarea societăţii, prezentând pericol pentru sănătatea publică.

Începând cu anul 1986, răspândirea narcomaniei în Republica Moldova are un caracter epidemic. Experienţa multor ţări europene ne atestă că în urma implementării măsurilor efective în lucrul de educaţie şi profilaxie în rândurile populaţiei şi cu persoanele din grupurile de risc s-a micşorat răspândirea narcomaniei şi a infecţiei cu HIV, nivelul lor rămânând stabil în prezent.

10.3. DEFINIŢIE. ASPECTE GENERALE

Definiţia Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii: **Narcomania** este un complex de probleme medico-sociale şi legale, ce apar în legătură cu consumul drogurilor şi altor substanţe stupefiante de către o pătură a populaţiei. Nerezolvarea acestor probleme cauzează prejudicii sănătăţii populaţiei, economiei, ordinii legale.

În aspect medical narcomania este o boală grea, care afectează toate organele şi sistemele organismului, inclusiv creierul, ficatul, cordul, glandele cu secreţie internă, ca urmare a folosirii substanţelor narcotice fără prescripţia medicului şi a substanţelor cu efect stupefiant, care provoacă dependenţă psihică şi fizică.

Narcomania este un flagel care se pare că atrage până la 25% din populaţia Globului, repartizată inegal geografic.

Prin definiţie dependentul este o persoană care nu poate trăi normal decât cu ajutorul unei substanţe vegetale sau chimice ce îi provoacă o stare de bine (la începutul drogării), obişnuinţa fără de care se simte rău şi chiar nu mai poate exista, al cărei efect e în scădere dacă nu se măreşte doza şi care, în esenţă, îşi face rău sieşi şi celorlalţi. Sieşi, pentru că narcomania este un suicid lent, iar celorlalţi, pentru că drogul costă bani, întrucât cel care se droghează cheltuieşte banii familiei, lezând drepturile celorlalţi membri ai ei, sau comite acte antisociale, pentru a face rost de

ei. Debutul e precoce, în anii de şcoală, dar vulnerabilitatea maximă se observă la adolescenţi. Narcomania constituie o atracţie patologică pentru substanţe de provenienţă vegetală sau chimică, ce condiţionează pasiunea pentru consumul lor permanent şi în doze tot mai mari. Ca urmare a obişnuinţei persistente orice întrerupere a drogării provoacă abstinenţă – o stare fizică deosebit de chinuitoare însoţită de dereglări neuropsihice.

Prezintă pericol orice doză de narcotic, inclusiv consumul de o singură dată. Deja de la a doua probă, pe nesimţite, însă inevitabil se formează deprinderea – dependenţa psihică şi fizică de drog. Atunci când este lipsit de stupefiant, omul trece printr-o stare chinuitoare de abstinenţă: îl torturează angoasa şi disperarea, durerile din oase şi muşchi, devine iritat şi nerăbdător; ca într-un calvar, suferă de insomnii grave şi vise de coşmar.

Reluarea consumului preparatelor cu efect stupefiant pune capăt acestei cazne, însă nu pe mult timp. Organismul cere un nou stres. Şi din nou, sub acţiunea drogului, se excită sistemul nervos. Pot apărea spaima fără motiv, o exaltare bolnăvicioasă, iluzii şi halucinaţii. Mai apoi, însă, survine inhibiţia, asemănătoare căderii de pe un pisc într-o prăpastie adâncă.

Prin folosirea îndelungată a drogurilor se deformează catastrofal calităţile personalităţii, are de suferit şi fizicul. Epiderma se subţiază, zbârcindu-se, îmbătrâneşte şi se usucă. Părul se răreşte şi cade. Mâinile şi picioarele tremură. Cordul funcţionează aritmic.

Substanţa narcotică se caracterizează prin 3 criterii: medical, social şi juridic.

Din punct de vedere juridic substanţa se apreciază ca narcotică numai când sunt prezente toate trei criterii.

Criteriul medical – când substanţa consumată influenţează asupra sistemului nervos central, aceasta fiind cauza consumării ei fără prescripţia medicului.

Criteriul social apare atunci când consumul substanţelor narcotice capătă semnificaţie socială şi Ministerul Sănătăţii apreciază substanţa în cauză drept narcotică şi o include în Lista substanţelor narcotice.

Toleranţa este fenomenul când doza următoare de drog nu diminuează suferinţele psihice şi fizice chinuitoare ale narcomanului şi el este nevoit să mărească doza drogului, care uneori provoacă decesul.

Dependenţa psihică este tendinţa morbidă de a consuma periodic sau sistematic preparatul care provoacă spontan schimbarea stării psihice.

Dependenţa fizică – apare imediat după dependenţa psihică şi se numeşte sindromul de abolire sau sindromul de abstinenţă. Dependenţa fizică e consecinţa modificării tuturor funcţiilor organismului la injectarea sistematică a drogurilor. La întreruperea drogării organismul reacţionează rapid cu manifestări psihice şi fizice chinuitoare, ce dispar numai după injectarea următoarei doze de drog.

Ebrietatea narcotică (intoxicaţia) este starea ce apare după injectarea drogului şi se caracterizează prin pierderea conştiinţei de diferite grade la consumarea somniferelor, sedativelor, tranchilizantelor şi prin conştiinţa obnubilată, denaturată la consumarea preparatelor opiacee sau haşişului. Ebrietatea narcotică are specificul ei în funcţie de drogul consumat. Semnele generale ale ebrietăţii narcotice sunt: dereglări de conştiinţă, tulburări vegetative, euforie.

Abstinenţa (sindromul abstinent, sindromul de deposedare, foamea narcotică) – apare la bolnavii la care persistă dependenţa psihică şi fizică de droguri după 6-42

de ore de la încetarea drogării. Această stare poate ameninţa viaţa bolnavului prin manifestări grave: colaps, insuficienţă cardiacă acută, dereglări de ritm cardiac, accese convulsive, psihoze. Sindromul abstinent are specificul său la diferite droguri. Semnele generale sunt: dereglări de dispoziţie şi comportament, dereglări somato-vegetative şi neurologice.

10.4. RĂSPÂNDIREA NARCOMANIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Consumul de droguri şi traficul ilicit de substanţe stupefiante la sfârşitul secolului al XX-lea a devenit una dintre cele mai periculoase probleme sociale, ce ia proporţii globale, ameninţând întreaga comunitate internaţională.

Asambleea Generală a ONU a proclamat deceniul 1991-2000 perioada de combatere a consumului ilicit de substanţe stupefiante şi a propus statelor să elaboreze şi să perfecteze legislaţia ce vizează problema combaterii acestui flagel.

Narcomania în Republica Moldova ia proporţii din ce în ce mai mari, devenind un factor serios ce influenţează negativ dezvoltarea societăţii şi prezintă pericol pentru sănătatea publică. În anul 1999 au fost depistaţi şi luaţi în evidenţă 1485 de bolnavi de narcomanie, ceea ce constituie 107% în comparaţie cu anul 1998 şi 245% în comparaţie cu anul 1995. Numărul adolescenţilor depistaţi în anul 1999 s-a mărit cu 38% faţă de anul 1998 şi cu 512% faţă de anul 1995. Incidenţa morbidităţii la 01.01.2000 a constituit pe republică 34,5 la 100 mii de locuitori (1995 – 20,6), inclusiv în oraşe – 98,7 (1995 – 59,0) şi în raioane – 8,6 (1995 – 5,2). La 01.01.2000 se aflau la evidenţă 4436 de bolnavi de narcomanie. În comparaţie cu anul 1998 numărul bolnavilor s-a mărit cu 26,0%, iar cu anul 1995 – cu 255,0%.

Narcomania afectează persoane tot mai tinere: dacă în anii precedenţi narcomanii sub 25 de ani constituiau 83–84%, în anul 1999 ei au constituit 88,3%, inclusiv 11,2% femei. Conform datelor Ministerului Sănătăţii, numărul consumatorilor de droguri se estimează la 50–55 mii de persoane.

Consumul de stupefiante în afara cadrului legal şi majorarea bruscă a preţurilor de procurare creează condiţii favorabile pentru apariţia grupurilor criminale, organizarea traficului ilicit al stupefiantelor cu formarea narcobusinessului. Odată cu deschiderea hotarelor şi migrarea populaţiei, în Republica Moldova au devenit frecvente cazurile de folosire a heroinei, amfetaminelor etc. Datele statistice arată că în fiecare an decedează 120-140 de persoane consumatoare de droguri. Majoritatea deceselor sunt cauzate de hiperdozarea stupefiantelor.

O problemă foarte importantă este răspândirea infecţiei cu HIV în rândurile narcomanilor. Din numărul narcomanilor aflaţi în evidenţă 722 infectaţi cu HIV. După datele statistice, în familiile narcomanilor se află mai mult de 1 000 de copii de diferite vârste. Motivele consumului sunt: curiozitatea – 46,3%, imitaţia – 12,0%, influenţa ambianţei – 39,2%.

10.5. MĂSURILE CU CARACTER MEDICAL ÎN COMBATEREA NARCOMANIEI

Măsurile medicale de combatere a pasiunii pentru narcotice nu întotdeauna au efectul scontat. Întreruperea forţată a drogării şi încercarea creării dezgustului faţă

de drog sunt inutile. Nu-şi ating scopul nici măsurile respective faţă de narcomani, când Secţia de tratament al acestor pacienţi seamănă mai mult cu o închisoare decât cu o instituţie medicală: ferestre cu gratii, uşi de metal, garduri înalte şi protecţia poliţiei.

Medicina modernă posedă metode şi mijloace de ameliorare a stării fizice a bolnavului, dar ea dispune de metode modeste de influenţare asupra psihicului bolnavului. Lupta cu acest viciu impune măsuri sociale radicale, cum ar fi: soluţionarea problemelor economice, lichidarea căilor de pătrundere în ţară a drogurilor, educaţia pentru sănătate a tinerilor, condamnarea subculturii narcoticelor. E necesar ca din grădiniţe de copii, şcoală să fie începută psihocorecţia. Medicul, psihologul, pedagogul trebuie să cunoască trăsăturile de caracter, de comportament ale personalităţii copilului, adolescentului. Ei trebuie să fie consultanţi la care tinerii ar putea să se adreseze în perioada crizelor cu care se confruntă.

O problemă actuală este depistarea semnelor consumului de droguri. Primele schimbări de comportament se observă în familie, în şcoală. Această informaţie nu întotdeauna ajunge la medici. Teama de a fi internat în spital, de a fi exclus din şcoală îl împiedică pe copil să se adreseze la medic când simte nevoie de ajutor. Numai colaborarea strânsă dintre părinţi, profesori şi pedagogi, pe de o parte, şi medici, psihologi, sociologi, lucrători ai organelor legislative, de cealaltă parte, pot da rezultate pozitive în preîntâmpinarea narcomaniei.

La prima etapă a tratamentului un rol important îl au medicamentele. Ele se utilizează pentru lichidarea intoxicaţiei cu droguri, înlăturarea stării penibile de deposedare, a pasiunii morbide pentru drog, pentru ameliorarea depresiei, deprimării, melancoliei – simptoamele acestei intoxicaţii.

Chack Diderick a fondat în anul 1958 în Marea Britanie o „Comună de tratament" denumită „SINANON", iar Mareck Kotanscki din Polonia – o clinică specială „MONAR". Internarea este benevolă. Durata tratamentului e de cel puţin 2 ani. Pentru încălcarea regimului antinarcotic, prin decizia colectivului, se aplică pedeapsa cu externarea imediată din clinică. Eficacitatea tratamentului în aceste instituţii este înaltă – până la 60%. Succesul este asigurat de respectarea regimului şi de dorinţa bolnavului de a se izbăvi de „moartea albă".

10.6. FACTORII CARE FAVORIZEAZĂ CONSUMUL DE DROGURI

Studierea narcomaniei a arătat drept cauzele apariţiei pasiunii dăunătoare faţă de droguri: curiozitatea şi imitarea modului de comportament caracteristic adolescenţilor şi tineretului.

S-au stabilit 4 grupuri de factori, care contribuie la apariţia narcomaniei:

1. accesibilitatea drogurilor;
2. motive sociale, care uşurează primul pas spre narcomanie;
3. psihologia omului, starea psihologică în momentul dat, care îl implică în consumarea drogurilor;
4. predispoziţia ereditară psihică şi fizică – ereditatea propriu-zisă.

Accesibilitatea drogurilor. În Republica Moldova există o corelaţie între răspândirea narcomaniei şi accesibilitatea drogurilor. Accesibilitatea macului somnifer şi a cânepei indiene pe întreg teritoriul determină tipurile principale ale narcomaniei.

Din numărul total al narcomanilor luați în evidență 46% folosesc droguri preparate din macul somnifer, 12% – preparate din cânepă indiană, 36% consumă droguri de ambele tipuri. Numai 6% din narcomani folosesc droguri de altă proveniență. În ultimii ani a crescut consumul abuziv de tranchilizante.

Motive sociale. Un motiv social semnificativ care duce la drogare este moda sau „imitarea" formelor străine de comportament. Pentru însușirea normelor de comportament social e nevoie de efort, de cunoștințe și voință. Mulți adolescenți nu posedă aceste calități, fiindcă nici în familie, nici în școală nu au primit educația necesară.

Conflictele cu rudele apar din cauza încăpățânării adolescentului de a se integra în familie. Apare izolarea, înstrăinarea sistematică, starea de nervozitate și suspiciune. Adolescentul caută în consumul drogurilor soluția tuturor problemelor, iar în persoana celor cu care se droghează – „înțelegerea" de care este lipsit în familie.

Factori psihologici care duc la drogare. Deformarea morală a personalității – falsitatea, meschinăria, simularea, eschivarea de la o muncă social utilă, dezechilibrul psihic – toate acestea se numesc psihopatie. Cauza principală a narcomaniei nu e atât disarmonia caracterului, deși aceasta prezintă importanță, cât ignorarea valorilor morale ale societății.

Se ține cont și de maladiile suportate în copilărie, unele dintre care contribuie la formarea labilității emoționale, de consecințele patologiei intranatale, traumelor natale, maladiilor infecțioase. Un rol important îl joacă alcoolizarea părinților în momentul conceperii fătului, abuzul precoce de alcool din partea tinerilor. Consecințele acestor fenomene asupra creierului se exprimă prin scăderea intelectului, ce duce la dificultăți în însușirea materialului și de comunicare, stopând procesul socializării. Aceasta provoacă situații conflictuale în familie, la școală și este cauza tensiunii emoționale permanente.

O altă categorie de narcomani o alcătuiesc persoanele cu apatie emoțională.

Rolul eredității în dezvoltarea narcomaniei. Rolul acestui factor în dezvoltarea narcomaniei este incomplet studiat. Un experiment a demonstrat că 62% dintre copiii din familiile de narcomani, spre deosebire de cei educați în familii ai căror membri nu consumau droguri, începeau mai devreme sau mai târziu să consume stupefiante.

10.7. PROBLEMELE NARCOMANIEI ÎN MEDICINĂ

Pentru combaterea efectivă a narcomaniei se impune depistarea precoce a consumatorilor de droguri și alte stupefiante. Pentru aceasta medicii de familie trebuie să cunoască semnele ebrietății narcotice, ale abstinenței narcotice, manifestările fizice (corporale) și tulburările psihice caracteristice narcomanului.

Eficacitatea depistării acestor consumatori depinde de conștiinciozitatea medicilor, pregătirea specială, contactul lor cu cabinetele de narcologie din cadrul policlinicilor și al instituțiilor de narcologie.

Cele mai caracteristice simptome ale narcomaniei sunt ebrietatea narcotică și abstinența descrise în capitolul corespunzător.

Bolnavii de narcomanie se adresează în instituțiile curative în stare de ebrietate, când nu au posibilitatea de a procura droguri pe altă cale. În abstinență, ei

urmăresc obţinerea unui certificat de boală şi prescrierea de preparate narcotice (la policlinici) şi a drogurilor în tratamentul de staţionar. În acest scop ei îşi agravează starea de abstinenţă, cerând preparate narcotice. Dereglările somato-neurologice accentuate, aspectul asemănător cu cel al bolnavilor cu stări patologice somatice grave pot induce în eroare medicii.

Intoxicaţia cronică cu droguri provoacă tulburări metabolice – ale glucidelor, lipidelor, proteinelor, ceea ce provoacă scăderea reactivităţii imunologice, astfel încât orice boală infecţioasă sau somatică poate avea sfârşit letal.

Pentru procurarea drogurilor consumatorii de opiacee simulează diverse stări patologice somatice, iar cei care folosesc efedrina – astmul bronşic.

Medicul va suspecta că este indus în eroare la prezentarea de către bolnav a acuzelor agravate, ce nu corelează însă cu starea obiectivă a acestuia şi care au un caracter intenţionat – de a procura droguri. În aşa situaţie este necesar de a repeta investigaţiile peste un oarecare timp. Ebrietatea şi abstinenţa narcotică sunt stări variabile şi peste o oră-două starea bolnavului se schimbă.

În staţionar bolnavii narcomani manifestă un comportament specific: prezintă diverse acuze, permanent se află lângă cabinetul medicilor, salonul de proceduri, cabinetul asistentelor medicale. Ei se oferă să îndeplinească mici servicii, se laudă că pot rezolva orice problemă, că au legături cu oameni influenţi etc.

Cum trebuie să procedăm când suspectăm pacientul că foloseşte narcotice sau alte substanţe cu efect stupefiant? Ordinele speciale ale Ministerului Sănătăţii reglementează acţiunile medicilor din medicina generală în depistarea şi combaterea narcomaniei.

În astfel de cazuri medicul trebuie să descrie minuţios acuzele şi starea pacientului în fişa clinică de ambulatoriu şi să-l informeze pe şeful instituţiei. La rândul său, şeful instituţiei pe parcursul a trei zile informează în scris instituţia narcologică, prezentând următoarele date: numele şi prenumele, anul naşterii, locul de trai şi diagnosticul prezumtiv. Cazul este înregistrat. Instituţia de narcologie pe parcurs de o lună informează instituţia dată despre rezultatele înregistrării şi măsurile efectuate de către instituţia narcologică şi recomandările pentru specialistul corespunzător din medicina generală.

10.8. INSTITUŢIILE DE EDUCAŢIE ŞI PROFILAXIE A NARCOMANIEI

Crearea sistemului de profilaxie şi depistarea precoce a consumului de droguri printre elevii instituţiilor de învăţământ este o problemă medico-pedagogică actuală. Actualitatea acestei probleme e determinată de consumarea activă a drogurilor şi a altor substanţe cu efect stupefiant printre unele pături ale tineretului. În profilaxia şi depistarea precoce a consumatorilor de droguri şi a altor substanţe cu efect stupefiant printre elevii instituţiilor de învăţământ sunt antrenate toate persoanele responsabile de educaţie şi dezvoltarea morală a adolescenţilor: pedagogi, părinţi, medici, lucrători ai organelor legislative.

Pentru depistarea elevilor narcomani conducerea instituţiilor de învăţământ trebuie să colaboreze cu instituţiile narcologice, cabinetele pentru adolescenţi din policlinici şi cu organele legislative în persoana comisiilor pentru adolescenţi ale poliţiei.

Măsurile profilactice ale narcomaniei la elevi includ:

1. Efectuarea educației antinarcotice.
2. Efectuarea examenului profilactic cu participarea medicului psihiatru-narcolog.
3. Selecționarea din contingentul general de elevi a „grupului de risc".

În instituțiile de învățământ se va crea o atitudine intransigentă față de consumul de droguri. Elevii trebuie să fie convinși că pot primi asistența necesară anonim în orice probleme legate de narcotizare, atât din partea pedagogilor, cât și a medicilor.

În cazurile când elevii se adresează după ajutor, e necesar ca medicii să se conducă strict de principiile eticii medicale, manifestând stimă față de pacient, încredere în el și asigurând păstrarea secretului profesional.

„Grupul de risc" este compus din elevii predispuși la narcotizare, inclusiv:

- elevii cu predispoziție ereditară în privința consumului de droguri;
- elevii cu devieri de comportament, determinate de consecințele unor leziuni organice precoce, posttraumatice, diverse patologii înnăscute sau dobândite;
- elevii dificili din familii destrămate, incomplete, conflictuale ale căror membri fac abuz de alcool, droguri etc.

E de datoria profesorilor să le explice elevilor toată dauna provocată de narcomanie, să-i ferească de ispita drogurilor, a toxicomaniei, să-i învețe să se opună îndemnurilor de tipul „încearcă cel puțin o singură dată".

10.9. FAMILIA ȘI PROBLEMELE NARCOMANIEI

În sfera educației familiale, profilaxia narcomaniei poate fi realizată cu succes numai dacă metodele medico-pedagogice de formare a unei personalități armonioase se combină cu prevenirea factorilor psihofiziologici și sociali dăunători. Profilaxia narcomaniei în familie e posibilă numai când măsurile sunt susținute de programele statale de dezvoltare a societății, orientate spre educația intransigenței față de droguri.

Profilaxia narcomaniei în familie presupune ca părinții să fie bine familiarizați cu factorii și cauzele acestui viciu. Cei mai vulnerabili sunt adolescenții, în special la vârsta de 12-18 ani. Pentru a nu deveni victime ale influenței subculturii narcomane părinții trebuie să știe cum își petrece fiul lor timpul liber, trebuie să existe centre speciale de ajutor pentru familii și adolescenți, unde ei să poată primi consultații din partea medicului, sociologului și pedagogului în domeniul educației familiale și recomandări concrete cu privire la relațiile dintre adolescenți și maturi în familie.

În acțiunile de educație antinarcotică o mare importanță are controlul minuțios asupra dezvoltării socio-psihologice a adolescentului, corectarea la timp a devierilor depistate.

Factorul decisiv în profilaxia narcomaniei, din primele zile ale vieții copilului, trebuie să fie ambianța sănătoasă în familie. Scandalurile permanente, atitudinea umilitoare a tatălui față de mamă și invers, beția, infidelitatea în căsnicie, tutelarea sporită a adolescentului mai ales din partea mamei pot fi acei factori care îl fac pe adolescent să adere la compania narcomanilor.

TUBERCULOZA

11.1. ASPECTE GENERALE. ELEMENTE DE EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVĂ

Îngrijorarea noastră faţă de tuberculoză este îndreptăţită, întrucât tuberculoza este una dintre maladiile care pot fi prevenite, dar încă omoară milioane de oameni în fiecare an. Tuberculoza este o boală cunoscută de omenire din timpuri străvechi. În antichitate, legea regelui Hammurapi conţinea paragraful, în care se stipula, că soţul poate să-şi părăsească soţia bolnavă de „cihotcă". Din monumentele arhitecturale ale Chinei Antice observăm, că TBC era cunoscută cu 6 secole î.Hr., sub denumirea de „ceao-ping". Hippocrate a descris forma clinică a bolii numind-o „ftizia". Aşadar, TBC a fost cunoscută din timpuri străvechi, iar datorită particularităţilor de manifestare ea a rămas actuală pe parcursul mai multor secole, deşi în ultimele decenii pare a fi o problemă medico-socială, care din nou ameninţă sănătatea omenirii.

Preocupările de combatere a TBC continuă să aibă o pondere înaltă datorită faptului că în ultimii ani s-a semnalat o creştere considerabilă a acestui flagel. Astăzi există un număr enorm de bolnavi cronici şi baciliferi, care impun societăţii serioase probleme de sănătate şi epidemiologie.

Recunoscând, că tuberculoza este una dintre cele mai uitate ameninţări ale sănătăţii şi că epidemia de TBC a ieşit de sub controlul multor părţi ale lumii, OMS în aprilie 1993 a proclamat-o totuşi primejdie globală. Conform calculelor, numărul total de bolnavi pe Glob atinge 15-20 mln. de oameni, în fiecare an îmbolnăvindu-se încă 4-5 mln., dintre care 3-4 mln. decedează anual. 2/3 din toţi bolnavii şi decedaţii sunt din ţările în curs de dezvoltare: din Asia, Africa şi America de Sud, unde tuberculoza poate fi atribuită bolilor epidemice, fără vreo tendinţă vizibilă de diminuare. Cei mai mulţi bolnavi au fost înregistraţi în ţările Asiei Mijlocii, cărora le revin sub 50% din cazuri, regiunii de Vest a Oceanului Pacific – 20%, ţărilor Africii – 11% şi în jur de 7% regiunii de Vest a Mării Mediterane, Europei şi Americii.

Nici o ţară din lume nu poate ignora pericolul actual al epidemiei de TBC pentru sănătatea populaţiei sale. În următorii 10 ani se vor înregistra aproximativ 90 mln. de cazuri noi de tuberculoză, majoritatea din ele fiind în grupa populaţiei apte de muncă (20-40 de ani). Dacă atitudinea faţă de problema în cauză nu se va modifica radical, aproape 30 mln. din cei care se vor îmbolnăvi vor deceda în aceiaşi 10 ani.

Conform recomandărilor OMS, tuberculoza poate fi considerată lichidată doar atunci când morbiditatea formelor infecţioase va fi egală cu un caz la 1 mln. de locuitori. Pentru comparaţie, în Republica Moldova avem în prezent 689 bolnavi la 1 mln. de locuitori.

În Europa, tuberculoza în sec. al XIX-lea a avut o tendinţă de creştere, fiind o cauză tragică a deceselor. În operele „La Boheme" şi „La Traviata" ambele eroine mor de tuberculoză. De tuberculoză decedează şi romanticul poet englez Shelly. În Galeria de artă de la Oslo, pictura datată cu sec. al XIX-lea „Copilul bolnav" clar o fetiţă murind de tuberculoză.

Pe Tera, în fiecare secundă o persoană este infectată, în fiecare 4 sec 1 persoană se îmbolnăveşte şi în fiecare 10 sec. o persoană decedează de tuberculoză. O persoană netratată poate infecta anual alte 10-15 persoane. 25% de decesele din grupul de populaţie economic productivă sunt cauzate de TBC.

Conform estimărilor în a. 2020 circa 1 mlrd. de oameni se vor infecta, 200 milioane se vor îmbolnăvi şi 70 de milioane vor muri din cauza TBC, dacă lupta contra tuberculozei nu va lua amploare.

Conform datelor buletinului TBC al OMS, a. 2000, incidenţa cu TBC a sporit în ultimii 5 ani în SUA, Norvegia cu 20%, în Italia, Spania cu 28%, în multe ţări ale Africii, Asiei, Americii Latine incidenţa cu TBC a depăşit considerabil nivelul de 200 de cazuri la 100 000 de persoane (India, Nigeria, Peru, Africa de Sud, Filipine, Bolivia, Zambia etc.).

Care sunt cauzele principale ale acestui fenomen?

– Mărirea bruscă a migraţiei, care a cauzat ieşirea de sub observaţia medicilor a unor grupe de populaţie.

– Înrăutăţirea măsurilor de combatere, de profilaxie şi depistare precoce a TBC, mai ales în grupele unde există riscul sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză.

– Mărirea numărului de îmbolnăviri cu progresarea formelor distructive şi a celor rezistente, care condiţionează dezvoltarea tuberculozei ireversibile cu o letalitate foarte înaltă. Circa 50 mln. de oameni anual pot fi infectaţi cu forme rezistente. Recent, OMS a numit 15 ţări, în care ponderea bolnavilor cu forme rezistente constituie de la 4 la 22%. Printre ele sunt Rusia, Ucraina, Bielorus, Moldova şi câteva ţări din Transcaucazia şi din Asia Mijlocie.

– Situaţia social-economică, sărăcia, şomajul, subfinanţarea sistemelor de sănătate în general şi a serviciului ftiziatric în special, lipsa de medicamente, etc.

11.2. COLABORAREA INTERNAŢIONALĂ ÎN PROBLEMA COMBATERII TBC

Morbiditatea tuberculoasă în ţările Europei de Est, Europei Centrale şi în ţările – foste republici ale URSS pe parcursul ultimilor 5 ani a crescut destul de considerabil. Cele mai mari niveluri ($^0/_{0000}$) s-au înregistrat în România (87,0 cazuri), Turkmenistan (70,2), Kazahstan (61,7), Moldova (59,9), Kârgâzstan (56,0), Lituania (50,4), Horvatia (50,5), Uzbekistan (44,7). Cele mai mici niveluri s-au înregistrat în Armenia (16,8), Albania (18,8), Bosnia (18,6), Cehia (18,1).

Prima organizaţie internaţională, care a început să se ocupe sistematic de combaterea TBC în diferite ţări şi de coordonarea cercetărilor ştiinţifice în acest domeniu, a fost Uniunea Internaţională de Combatere a TBC (UIC TBC), înfiinţată în 1920 din iniţiativa savanţilor şi a medicilor din 33 de ţări.

Obiectivele de bază a acestei uniuni au fost:

1. Organizarea şi desfăşurea conferinţelor internaţionale pe problemele de combatere a TBC.

2. Informatizarea pe larg despre cercetările efectuate în diferite țări privitor la profilaxia și tratamentul TBC.

3. Acumularea și studierea informației statistice despre răspândirea TBC.

Începând cu 1959, UIC TBC activează în comun cu OMS.

Activitatea OMS în combaterea TBC.

Această activitate are următoarele obiective:

1. Realizarea cercetărilor epidemiologice în ceea ce privește afectarea populației cu această maladie și a legităților de răspândire a ei.
2. Planificarea și coordonarea programelor naționale de combatere a TBC.
3. Elaborarea și aplicarea în practică a metodelor efective de imunoprofilaxie, desăvârșirea vaccinului BCJ.
4. Strategia DOTS (Duality Observed Treatment Short course).
5. Pregătirea cadrelor.
6. Asigurarea cu literatură.

Activitatea OMS în combaterea TBC se desfășoară în două direcții:

Prima direcție se rezumă la efectuarea profilaxiei specifice a TBC, adică realizarea măsurilor de combatere a TBC printre populația sănătoasă. Aceste măsuri includ vaccinarea BCJ, imunoprofilaxia și microradiografia.

Direcția a doua include realizarea măsurilor în scopul diminuării „rezervorului de infecții". Esența acestei măsuri se exprimă în depistarea precoce a bolnavilor cu TBC și a persoanelor, la care progresarea procesului poate produce eliminarea de bacili.

Actualmente TBC este considerată mai mult o maladie de caracter social. Aspectele biologice și medicale ale problemei în cauză sunt secundare și joacă un rol nesemnificativ în ameliorarea stării epidemiologice la aceste maladii. Aceasta, însă, nu înseamnă, că nu trebuie de studiat aspectele medicale și biologice de combatere a TBC, atât în plan științific, cât și în plan practic. Trebuie să reținem faptul că aspectele sociale sunt prioritare și principale în combaterea TBC.

Evident este faptul că asupra esenței sociale a tuberculozei nu influențează intensitatea activității serviciului ftiziatric. O anumită influență asupra acesteia o au doar măsurile statale.

Factorii social-igienici de bază, care influențează morbiditatea TBC:

1. Condițiile de trai.
2. Condițiile de muncă.
3. Nivelul culturii sanitare.
4. Nivelul general de cultură.

Caracterul social al TBC se determină prin:

1. Nivelul de răspândire (morbiditate, mortalitate).
2. Influența asupra indicilor demografici și indicilor sănătății publice.
3. Prejudiciile economice (costul unui caz în SUA – 2 000$ per pacient, costul unui caz rezistent – 250 000$ per pacient).

Caracterul medical:

1. Dificultăți în diagnostic.
2. Tratament îndelungat.
3. Formele rezistente.

Printre persoanele bolnave primar de TBC 0,5% sunt săracii şi vagabonzii, 10-20% – cei reîntorşi din închisori, 20-50% – alcoolicii. Un rol deosebit în sporirea morbidităţii cu TBC îl joacă migraţia populaţiei (5-10%), locuitorii căminelor (10-15%) şi nocivitatea profesională. În legătură cu aceasta, în cazul adresării la medic cu orice întrebare de sănătate, categoriile sus numite de persoane trebuiesc investigate obligator la TBC.

Influenţa serviciului medico-sanitar, inclusiv şi ftiziatric asupra indicilor epidemiologici ai TBC se referă preponderent la ameliorarea activităţii diagnostice şi curative. Una din probleme este rezistenţa medicamentoasă a TBC faţă de preparatele utilizate acum în practică (tratamentul formei rezistente este de 2,5 ori mai costisitor).

S-a stabilit, că bărbaţii se îmbolnăvesc mai frecvent decât femeile şi mai ales în vârsta de peste 40 de ani. Populaţia rurală se îmbolnăveşte de 1,5 ori mai frecvent decât cea urbană. Aceasta se explică prin volumul şi eficacitatea insuficientă a măsurilor de combatere a TBC la sate, legate de unele dificultăţi obiective (factorii geografici, demografici, ecologici, profesionali si socio-psihologici).

Factorii de risc:

1. Malnutriţia, persoanele în vârstă, săracii.
2. Migraţia, refugiaţii.
3. Fumatul, alcoolismul.
4. Patologiile cronice, HIV, diabetul, silicoza.

DEPISTAREA TBC

Depistarea TBC se efectuează prin diferite metode. Examenele profilactice, care includ: radiografia, diagnosticul tuberculinic şi examenul bacteriologic, condiţionează depistarea tuberculozei la 40-45% din pacienţi. Încă 40-45% din cazurile de TBC se depistează în cadrul examenelor de ambulatoriu asupra persoanelor care solicită asistenţă medicală pentru afecţiuni ale aparatului respirator, iar 10-15% din pacienţi sunt internaţi în staţionarele somatice, unde se stabileşte diagnosticul de TBC. Uneori ftizia poate fi detectată prin investigaţii instrumentale, chirurgicale, anatomomorfopatologice.

Căile de depistare:

1. Căutarea tuberculozei la toţi pacienţii, care solicită asistenţă medicală:

Depistarea precoce a TBC depinde nu numai de medicii ftiziatri, dar în mare măsură şi de medicii instituţiilor medicale de alte specialităţi, din punctele medicale ale şcolilor şi ale altor instituţii preşcolare. 70–80% dintre bolnavii luaţi în evidenţa dispensarelor sunt depistaţi de CMF.

2. Examinarea contacţilor. La dispensarul ftiziatric se invită toţi cei care sunt în contact cu bolnavul la domiciliu şi la serviciu. Prin această metodă se depistează circa 5% din bolnavi.

3. Examenele medicale profilactice:

a) Examenele profilactice sunt obligatorii pentru:

- copii şi adolescenţi;
- lucrătorii instituţiilor preşcolare şi şcolare;
- elevi;
- studenţi;

- lucrătorii cu nocivități profesionale;
- lucrătorii din alimentația publică, frizerii, conducătorii auto.

b) Examene profilactice pentru restul populației: 1 dată în doi ani.

În ultimul timp se depistează mai mulți bolnavi din subgrupa „b", decât din „a".

c) Microradiografia (fluorografia).

Adresarea tardivă a bolnavilor la dispensarul ftiziatric se explică prin:

1. Lipsa simptomelor în faza inițială a bolii.
2. Atitudinea incorectă a bolnavului față de sine și față de sănătatea proprie.
3. Incompetența medicilor *(este necesar de a organiza conferințe clinice pe problemele cazurilor netratate la timp cu invitarea medicilor ftiziatri pentru dezbateri).*
4. Refuzul de la efectuarea microradiografiei.
5. Pericolul radiologic.

În ultimii ani depistarea precoce a TBC este dificilă din următoarele cauze:

1. Există părerea, că microradiografia în masă nu este efectivă, deoarece pentru a depista un bolnav trebuiesc investigați 5 000 de persoane. O atare situație epidemiologică se observă în țările dezvoltate ale Europei și Americii. Cu toate acestea, părerea discutată nu poate fi extinsă pe teritoriile, unde un bolnav de tuberculoză se depistează la 800-1 000 de persoane.

2. Pericolul radiologic. În cazul microradiografiei efectuate o dată pe an, nivelul radiologic general se mărește de 1,5 ori. Acest fapt timp îndelungat n-a provocat nici o panică. Însă teoria acțiunii ireversibile a radiației ionizante a produs spaimă. A fost stabilit, că doza de radiație nu întotdeauna determină nivelul efectului biologic: o doză comparativ mare poate fi inofensivă, iar alta mică – să producă afecțiune. În acest context, unii cercetători și-au expus părerea privitor la legătura dintre investigațiile radiologice și sporirea morbidității oncologice și dereglările embriogenezei.

CONTROLUL ȘI PREVENIREA TBC

1. Profilaxia specifică (include vaccinarea și revaccinarea). Plenitudinea imunizării nou-născuților trebuie să constituie 93%.

Rolul vaccinării în profilaxia TBC. Vaccinul BCJ din bacteriile Kalmet-gheren se fabrică din tulpina vie atenuată de Micobacterium bovis. Acest vaccin este utilizat în scopul profilaxiei TBC din a. 1921. În 1993 au fost vaccinați circa 85% din copii (în 172 de țări unde se utilizează imunizarea BCJ).

În ultimii 10 ani au fost efectuate 14 cercetări în 12 țări privind eficacitatea vaccinului BCG. Rezultatele atestă mari variabilități în ceea ce privește problema în cauză. Astfel, s-a ajuns la concluzia, că vaccinarea BCG influențează slab rezultatele globale de combatere a TBC.

Deoarece eficacitatea BCG este destul de variabilă, ea trebuie să fie examinată ca un compartiment suplimentar în programele naționale de combatere a TBC.

2. Depistarea cazului.
3. Chimioprofilaxia (cu virajul probei TBC a contacților).
4. Educația pentru sănătate (emisiuni radiofonice, TV, prelegeri etc.).
5. Profilaxia socială – ameliorarea condițiilor de trai, aranjarea la lucru etc.

11.3. ACTIVITATEA CMP ÎN COMBATEREA TBC

Activitatea Centrelor de Medicină Preventivă în combaterea TBC prevede:

1. Intensificarea profilaxiei specifice a TBC prin lărgirea vaccinării şi revaccinării.

2. Ameliorarea activităţii în focarele de TBC. Focarul trebuie să fie vizitat în decurs a 3-7 zile de către ftiziatru şi epidemiolog, care clarifică următoarele probleme:

- tratamentul bolnavului (ambulatoriu sau staţionar);
- concretizează numărul de persoane care locuiesc împreună cu bolnavul, vârsta lor, ocupaţia şi locul de muncă;
- examinează condiţiile de trai şi materiale ale familiei;
- realizează măsuri antiepidemice şi profilactice.

3. Depistarea TBC la etapa iniţială a bolii.

4. Evidenţa strictă a bolnavilor cu forme contagioase.

Profilaxia specifică în cadrul CIE.

1. Întocmirea planului de vaccinare şi revaccinare pe raion, oraş, republică. Planurile se întocmesc ţinând cont de numărul de populaţie şi structura pe vârste.

2. Împreună cu instituţiile ftiziatrice se întocmesc planurile de examinare radiologică a contingentelor decretate:

- lucrătorii instituţiilor pentru copii;
- lucrătorii maternităţilor;
- lucrătorii care muncesc în condiţii nocive;
- conducătorii auto şi controlorii;
- lucrătorii din alimentaţia publică, magazine, ospătării;
- frizerii.

11.4. PROGRAMUL NAŢIONAL ANTITBC

Programul naţional antiTBC a fost adoptat în octombrie 1996 şi este bazat pe strategia OMS – DOTS, pe care Banca Mondială a recunoscut-o ca unul dintre cele mai eficiente programe medicale din punct de vedere economic.

Programul dat reprezintă o varietate a asistenţei antiTBC în RM, care se bazează pe cooperarea dintre sectoare şi dezvoltarea asistenţei medicale primare.

Scopul programului:

- De a stopa epidemia TBC cu reducerea până în anul 2005 a indicilor de incidenţă şi mortalitate şi prevenirea formelor rezistente.

Obiectivele:

- Atingerea descoperirii celor 70% din pacienţi cu frotiu pozitiv.
- Tratarea a 85% de cazuri noi de TBC pulmonar microscopic pozitiv.

Principiile implementării:

- Angajamentul guvernului.
- Detectarea pasivă dintre simptomatici după spută de pe frotiu examinată la microscop.
- Chimioterapia DOTS a tuturor pacienţilor cu formă evolutivă şi pacienţilor cu frotiu pozitiv.
- Oferirea regulată şi neîntreruptă a medicamentelor.
- Monitorizarea îndeplinirii şi evaluarea Programului.

ELEMENTELE-CHEIE ALE PROGRAMULUI:

1. Definirea cazului de TBC:
   - locul bolii TBC;
   - dificultatea bolii;
   - rezultatul sputei la BAAK;
   - istoria tratamentului precedent.
2. Detectarea TBC:
   - prin intermediul evidenţei pasive printre populaţia simptomatică prin cooperarea dintre MF şi ftiziopulmonologi,
   - programul nu recunoaşte microradiografia topografică ca metodă de determinare a TBC, profilul pozitiv este o analiză mai bună.

Algoritmul depistării TBC, organizarea serviciului bacteriologic „Ghidul examinării microscopice a sputei în diagnosticul TBC" sunt elaborate de MS.

3. Scheme standardizate de tratament – DOTS:
   - aplicarea schemelor standard;
   - tratament observat direct de personalul medical;
   - urmarea tratamentului pe toată perioada.
4. Oferirea medicamentelor:
   - procurarea centralizată;
   - aprovizionarea în cantitatea şi sortimentul necesar;
   - promovarea controlului calităţii medicamentelor;
   - oferirea gratuită a modului antiTBC pentru pacienţi,
5. Monitorizarea tratamentului, criterii:
   - evoluţia bacteriologică;
   - monitorizarea administrării medicamentelor;
   - evoluţia pacienţilor clinici;
   - monitorizarea X-ray.
6. Organizarea serviciilor de control.

Presupune stabilirea unui sistem decentralizat de diagnostic şi tratament în baza instituţiilor medicale existente şi integrarea acestuia în sisteme AMP. Sunt prevăzute 3 niveluri:

- nivelul central – Institutul de Ftiziopulmonologie;
- nivelul raional – cabinete ftiziopulmonologice;
- nivelul primar – MF, de asemenea reducerea numărului de paturi până în anul 2005.

TBC şi HIV/SIDA

HIV/SIDA cauzează 1/3 din cazurile de TBC din lume. În ultimii 5 ani acestea sunt considerate un „cuplu blestemat".

Acţiuni în această direcţie.

- Analiza permanentă a cazurilor TBC – SIDA.
- Testarea tuturor pacienţilor cu TBC la HIV.
- Testarea pacienţilor HIV seropozitivi la TBC.
- Chimioterapia după indicaţii la persoanele infectate cu HIV şi TBC.

TBC în instituţiile penitenciare.

- de a aplica o strategie de supraveghere a TBC printre deţinuţi.

Supravegherea epidemiologică a teritoriului va fi realizată prin colaborarea serviciului ftiziopulmonologic, medicină primară şi medicină preventivă.

Suportul social al pacienţilor.

Din partea Guvernului şi a administraţiei publice locale:

- ameliorarea generală a condiţiilor socio-economice;
- implicarea administraţiei publice locale în ameliorarea condiţiilor sociale;
- implicarea ONG-lor;
- stimularea administrării tratamentului la locul de trai;
- stimularea pacienţilor pentru o cooperare mai bună în timpul cursului de tratament prin pachete;
- oferirea familiilor pacienţilor cu TBC neangajaţi în câmpul de muncă a unui suport material echivalent cu salariul mediu pe ţară pe durata tratamentului.

Educaţia pentru sănătate a populaţiei:

- campanii mass-media audio-vizuale;
- materiale educaţionale publicate;
- organizarea de conferinţe, simpozioane.

Educarea şi antrenarea personalului:

- programe pentru studenţi, rezidenţi, personalul medical, conferinţe, Programul Nou Naţional.

Finanţare:

- Guvernul;
- Fondul global.

SINDROMUL IMUNO-DEFICITAR ACHIZIȚIONAT (HIV/SIDA)

12.1. ASPECTE GENERALE

SIDA este o problemă pentru întreaga omenire, o boală incurabilă şi fără remedii specifice de profilaxie. În mai multe publicaţii ştiinţifice sa menţionat că SIDA este boala care „dă timp pentru a muri" şi care „dă timp morţii să trăiască".

Primele descrieri clinice ale boli au fost efectuate în SUA, în anul 1981, la homosexuali. Agentul patogen a fost identificat în anul 1983. El este un retrovirus cu acţiune limfotropă şi neurotropă denumită HIV.

Evoluţia bolii se caracterizează prin:
- creşterea multiplicării virusului;
- apariţia tulpinilor virale mai virulente, mutante;
- distrugerea progresivă a sistemului imun;
- infecţii oportuniste, cancer care evoluează grav.

Cum ar putea fi definită SIDA?

– Infecţia cu virusurile imunodeficienţei umane (HIV_1 şi HIV_2) este o boală virală umană foarte contagioasă, caracterizată prin afectarea sistemului imun, predominant a limfocitelor, prin evoluţie îndelungată de la boala acută urmată de o perioadă latentă până la declanşarea sindromului de imunodeficienţă dobândită (SIDA) cu sfârşit letal.

– Boala care atestă existenţa unei deficienţe în imunitate (imunitate mediată celular) la o persoană în absenţa oricărei alte cauze ce ar explica-o. Maladiile care indică prezenţa sindromului (SIDA) pot fi determinate de diverse microorganisme (protozoare, fungi, bacterii, virusuri).

Infecţia HIV/SIDA într-un termen relativ scurt a afectat toate continentele şi ţările. Pandemia de HIV/SIDA prezintă un pericol real pentru omenire, securitatea unor state, aducând cele mai mari prejudicii morale, sociale şi economice. Conform datelor Programului UNAIDS, în lume numărul de persoane cu HIV/SIDA care trăiesc este de 40,3 milioane, dintre ele maturii constituie 38 de milioane (inclusiv femei – 17,5 milioane) şi copiii – 2,3 milioane. Numai pe parcursul anului 2005 au fost depistate 4,9 milioane: maturi – 4,2 milioane şi copii până la 15 ani – 700 mii. De la debutul epidemiei au decedat din cauza maladiei SIDA mai mult de 25 milioane de oameni, inclusiv în 2004 – 3,1 milioane. Permanent creşte numărul femeilor şi fetelor afectate de infecţia HIV/SIDA.

O particularitate caracteristică pentru pandemia de HIV/SIDA din ultimii ani este creşterea vertiginoasă a numărului de persoane afectate în ţările Europei de Est şi Asiei Centrale. Un teritoriu cu risc înalt de răspândire a devenit Federaţia Rusă,

unde au fost depistate 70% din numărul total al persoanelor infectate în această regiune. Pe parcursul a 10 ani epidemia infecţiei HIV/SIDA în Ucraina a cuprins zeci de mii de persoane (în 1994 au fost oficial înregistrate 183 de cazuri, la mijlocul anului 2004 – 68 000. În Ţările Baltice pe parcursul ultimilor 2-3 ani numărul persoanelor HIV-pozitive depistate s-a majorat de 5-6 ori.

În linii generale, procesul epidemic al infecţiei HIV/SIDA în ţările Europei de Est se caracterizează prin următoarele particularităţi:

– în majoritatea ţărilor epidemia se află în faza iniţială de dezvoltare şi intervenţiile oportune, eficace şi operative pot reduce răspândirea ei şi micşorarea impactului socio-economic;

– peste 80% din numărul persoanelor infectate sau bolnave sunt la vârsta de până la 30 de ani (în ţările Europei de Vest cota acestui grup de vârstă constituie doar 30%);

– creşterea rolului căii sexuale de răspândire şi tendinţei de extindere a infecţiei în rândurile populaţiei generale;

– existenţa factorilor sociali şi comportamentali (situaţia socio-economică nefavorabilă, migraţia intensivă a populaţiei, utilizarea de către tineret a drogurilor intravenoase), care favorizează răspândirea infecţiei HIV/SIDA. Programele bazate pe strategia „Reducerea noxelor" realizate în Ucraina, Federaţia Rusă şi Republica Moldova creează condiţii esenţiale pentru reducerea consumatorilor de droguri şi micşorarea riscului de infectare în rândul acestui contingent.

12.2. EPIDEMIOLOGIA HIV/SIDA ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Infecţia HIV/SIDA prezintă o problemă prioritară de sănătate publică în Republica Moldova. În 2004 au fost înregistrate 357 de cazuri noi (8,41 la 1 mln.), în 2005 – 533 (12,5 la 100 000 de locuitori). În perioada anilor 1987–2005 au fost depistate 2 782 persoane infectate cu HIV, dintre care 613 persoane din teritoriile de Est ale republicii. Procesul epidemic a cuprins roate teritoriile administrative.

Procesul epidemic pentru ultimii 5 ani se caracterizează prin următoarele particularităţi:

- Extinderea ariei geografice de răspândire a infecţiei HIV/SIDA. Infecţia se depistează atât în rândul populaţiei urbane, cât şi a celei rurale. Ca şi în anii precedenţi, cea mai înaltă răspândire a infecţiei are loc în mun. Bălţi (prevalenţa cumulativă 564,43 la 100 mii de locuitori) şi în raioanele din preajma acestui municipiu: Glodeni (71,65), Făleşti (40,58), Sângerei (34,3). Esenţial s-a activizat procesul epidemic în raioanele Căuşeni (50,37), Donduşeni (48,52), Rezina (33,39). În teritoriile de Est ale republicii cea mai înaltă răspândire a infecţiei HIV s-a înregistrat în oraşul Tiraspol (190,18) şi în raionul Râbniţa (164,46).
- Până în anul 2000 procesul epidemic a fost determinat de răspândirea infecţiei HIV/SIDA în rândul utilizatorilor de droguri intravenos (UDI). În ultimii 5 ani se manifestă scăderea ponderii UDI de la 78,57% în anul 2001 la 35,8% în anul 2005 (MD) şi sporirea proporţiei celor infectaţi pe cale heterosexuală de la 18,105 în anul 2001 la 60,96% în anul 2005 (MD).
- A sporit ponderea femeilor infectate cu HIV de la 26,72% în anul 2001 la 40,90% în anul 2005. Implicarea femeilor în procesul epidemic creează premize de infectare perinatală. În anul 2002 în cadrul supravegherii de santinelă în munici-

piile Bălţi şi Chişinău au fost testate 4 586 de femei gravide şi depistată o singură persoană HIV-pozitivă. În anul 2003 au fost testate 10 863 de gravide şi depistate 12 HIV-pozitive. Accesibilitatea la consiliere şi testare benevolă a gravidelor a majorat numărul gravidelor HIV-pozitive de la 52 în anul 2004 la 71 în anul 2005). În anii 2004-2005 la 22 de copii a fost confirmată infecţia HIV perinatală.

- Rămâne la nivel înalt indicele depistării persoanelor infectate cu HIV în rândurile donatorilor de sânge, care a crescut de la 6,54 la 100 000 de donatori în anul 1998 până la 44,31 în anul 2005.
- Numărul absolut de cazuri noi ale infecţiei HIV/SIDA se află în creştere, creşte şi incidenţa anuală a infecţiei HIV. Acest fenomen este determinat de sporirea accesului populaţiei la testare şi de creşterea numărului de persoane testate. O tendinţă epidemiologică pozitivă este diminuarea incidenţei cazurilor HIV la 1 000 de persoane testate de la 2,03 în anul 2001 la 1,35 în anul 2005.
- Infecţia HIV/SIDA în mare măsură afectează persoane de vârstă reproductivă, inclusiv vârsta de 15-24 de ani: a. 2001 – 74 de persoane sau 35,24% din numărul total de persoane depistate (10,59 la 100 000 de locuitori ai grupului de vârstă respectivă); a. 2002 – 46 de persoane, respectiv 30,87% şi 6,59; a. 2003 – 45, respectiv 26,32% şi 6,44; a. 2004 – respectiv 67 – 48% şi 9,6 şi a. 2005 – 82 –26,36% şi 11,74 la 100 000 de locuitori ai grupului respectiv de vârstă.
- Pe parcursul anilor 2001-2005 esenţial s-a mărit numărul persoanelor cu infecţie HIV/SIDA, grupul C, simptomatologie severă, SIDA propriu-zisă, care a fost diagnosticată la 220 de persoane. Cele mai frecvente maladii SIDA asociate (indicatoare) diagnosticate sunt infecţia cu Mycobacterium tuberculozis pulmonară (123 de persoane), candidoza tractului digestiv (78 de persoane) şi sindromul de istovire (67 de persoane). Au decedat de SIDA 106 persoane.

Au fost elaborate şi implementate:

- Standarde de ramură: „Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV şi bolnave cu SIDA" (a. 2001), „Tratament cu preparate antiretrovirale specifice pentru persoanele infectate cu HIV şi bolnave de SIDA şi profilaxia transmiterii infecţiei HIV materno-fetale, expunerii profesionale" (anii 2001 şi 2003), „Supravegherea epidemiologică a infecţiei HIV/SIDA" (a. 2002);
- Instrucţiuni, recomandări metodice şi ghiduri: Instrucţiune cu privire la organizarea regimului antiepidemic în laboratoarele şi secţiile de diagnostic al SIDA, hepatitelor şi altor infecţii virale (a. 2004), Ghidul „Infecţia HIV/SIDA cu transmitere materno-fetală" (2004), Modulul „Infecţia HIV/SIDA cu transmitere materno-fetală" (2004), Ghidul metodic „Consilierea pre- şi post-test HIV" (a. 2005).

Permanent se efectuează instruirea cadrelor medicale, este creat sistemul continuu de pregătire a personalului medical în problemele prevenirii infecţiei HIV/SIDA, ITS şi altor infecţii transmisibile prin sânge. În programele de pregătire, reciclare şi atestare a medicilor, lucrătorilor medicali cu studii medii sunt incluse compartimente speciale pe problema în cauză. Anual pentru medici şi asistentele medicale se organizează seminare zonale de instruire, la locul de lucru pentru organizatori, manageri ai instituţiilor medico-sanitare publice şi specialişti (medici de familie, obstetricieni, chirurgi, infecţionişti, epidemiologi, dermatovenerologi, narcologi, transfuziologi etc.). În scopul perfecţionării cunoştinţelor şi experienţei profesionale specialiştii IMSP sistematic participă la seminare şi treninguri de nivel naţional şi internaţional.

Persoanele infectate cu HIV şi bolnave de SIDA se află la evidenţă medicală. periodic sunt dispensarizaţi, li se acordă asistenţă medicală, inclusiv paliativă. Pentru persoanele cu HIV/SIDA sunt create condiţii de spitalizare, de monitorizare a stării sănătăţii şi tratamentului. La 31.12.05 au beneficiat de tratament specific antiretroviral 216 persoane, dintre care 208 maturi şi 8 copii, tratament profilactic specific au primit 96 de gravide HIV-pozitive şi 97 de copii născuţi din mame HIV-pozitive. Copiii născuţi din mame infectate cu HIV în primul an de viaţă sunt gratuit asiguraţi cu produse pentru alimentaţie artificială. În scopul micşorării influenţei infecţiei HIV/SIDA asupra sănătăţii femeilor şi prevenirii transmiterii de la mamă la făt a fost elaborat, editat ghidul „Infecţia HIV/SIDA cu transmitere materno-fetală", create două centre specializate de naştere în ICŞOSM şi C şi în Centrul perinatal din mun. Bălţi.

În realizarea activităţilor de prevenţie a infecţiei HIV/SIDA şi ITS se conlucrează cu ONG implicate în Reţeaua HIV/SIDA (40 de ONG) şi au organizaţii internaţionale (UNDP, Fundaţia Soros, Open Institute New York, OMS, UNAIDS, Fundaţia SIDA Est/Vest etc.). În consolidarea capacităţilor, realizarea activităţilor de contracarare a epidemiei HIV/SIDA au fost organizate şi desfăşurate întruniri ale sectorului guvernamental şi ONG din Moldova, care activează în domeniul HIV/SIDA şi adoptate recomandări privind rolul societăţii civile în prevenirea HIV/SIDA. Se realizează programe speciale profilactice în rândul utilizatorilor de droguri, femeilor care practică sex comercial, minorităţilor sexuale, programelor educaţionale, „de la egal la egal", adolescenţilor, tineretului, ostaşilor, carabinierilor, grănicerilor etc. Se realizează proiecte profilactice în rândul:

- UDI – reducerea;
- persoanelor care practică sex comercial;
- minorităţilor sexuale;
- şoferilor de cursă lungă;
- grănicerilor;
- persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA.

Funcţionează „Reţeaua socială" cu subreţeaua „Reţea SIDA", „Reţeaua de comunicare în domeniul sănătăţii", „Cadrul strategic de comunicare în domeniul HIV/SIDA".

În scopul îmbunătăţirii accesului tinerilor la servicii de sănătate au fost create şi activează 12 centre de sănătate pentru tineret, care acordă servicii de consiliere, testare. educare, comunicare şi informare în HIV/SIDA.

Au fost elaborate, editate (cu susţinerea financiară a organismelor internaţionale) şi distribuite în rândul populaţiei, colectivelor instituţiilor preuniversitare şi universitare, penitenciare; UDI, persoanelor ce practică sex comercial 20 de denumiri de agende, buclete, postere în limbile de stat şi rusă în număr de 2,5 mln. de exemplare, au fost repartizate gratis prezervative persoanelor tinere, sexual active, promovând astfel metode de protecţie individuală.

Specialiştii în domeniu în perioada 2001-2005 au participat la pregătirea şi difuzarea a 2 771 de emisiuni radiofonice şi 671 TV, au fost ţinute 57 238 de prelegeri, 2 781 048 de convorbiri, 2 465 de serate tematice, elaborate 13 045 buletine sanitare. publicate 1 814 materiale în presă. Se desfăşoară activităţi în limitele cadrului strategic de comunicare în HIV/SIDA.

12.3. PROGRAMUL NAȚIONAL DE PROFILAXIE ȘI CONTROL AL INFECȚIEI HIV/SIDA

Programul național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006-2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 948 din 05.09.2005 este orientat la promovarea în societate a modului sănătos de viață, care paralel cu extinderea pe larg a activităților și intervențiilor profilactice, depistarea precoce și tratamentul bolnavilor cu HIV/SIDA/ITS va contribui la reducerea cazurilor noi de îmbolnăviri, iar acoperirea integrată cu tratament antiretroviral va îmbunătăți calitatea și speranța de viață, va reduce considerabil riscul transmiterii materno-fetale.

Programul 2006-2010 prezintă o continuitate a Programelor precedente și prevede realizarea următoarelor obiective:

- Unirea eforturilor, implicarea, interacțiunea și coordonarea activităților structurilor statale, organelor administrației publice locale, persoanelor particulare, inclusiv ale persoanelor în viață infectate cu HIV/SIDA, ale ONG și organizațiilor internaționale ca parteneri în realizarea activităților de combatere a infecțiilor HIV/SIDA/ITS în Republica Moldova.
- Atragerea și utilizarea rațională a mijloacelor financiare bugetare, celor din granturi, proiecte de realizare a programelor de comunicare, sensibilizare și instruire a populației.
- Desfășurare activităților profilactice în rândul populației în general și grupurilor-țintă, extinderea și asigurarea asistenței medicale, tratamentul, asistența și susținerea persoanelor infectate cu HIV/SIDA/ITS.
- Dezvoltarea sistemului de asigurare socială garantată și asigurarea accesului persoanelor afectate de HIV la serviciile medicale.
- Succesiunea și durabilitatea în planificarea și efectuarea activităților și intervențiilor.
- Ameliorarea situației epidemice, prevenirea răspândirii infecțiilor HIV/SIDA/ITS, reducerea incidenței HIV în rândul tineretului și a consecințelor negative asupra individului, comunității și societății, crearea condițiilor optime pentru îmbunătățirea calității vieții, în conformitate cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova până în anul 2015.

În Program sunt trasate 9 strategii care vor contribui la reducerea intensității răspândirii infecției HIV/SIDA/ITS, minimizând consecințele negative la nivel de individ și societate:

I. Dezvoltarea, consolidarea și asigurarea funcționalității sistemului unic național interdepartamental multisectorial de coordonare a activităților structurilor statale și nonguvernamentale în problemele ce țin de controlul și prevenirea infecției HIV/SIDA și ITS.

II. Dezvoltarea capacităților și extinderea acțiunilor de educare, informare și comunicare pentru publicul larg, tineret și grupurile vulnerabile în profilaxia HIV/SIDA/ITS.

III. Dezvoltarea și consolidarea sistemului de supraveghere epidemiologică a infecțiilor HIV/SIDA/ITS cu elemente de generația a II-a (supraveghere comportamentală).

IV. Extinderea acţiunilor de profilaxie a HIV/SIDA/ITS în grupurile vulnerabile în baza consolidării eforturilor statului şi ale ONG.

V. Dezvoltarea infrastructurii şi a capacităţilor de acordare a asistenţei medicale, sociale şi de îngrijire paliativă persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, membrilor familiilor lor, precum şi copiilor afectaţi de HIV/SIDA.

VI. Extinderea activităţilor de asigurare cu servicii de consiliere şi testare voluntară confidenţială în instituţiile medicale publice, în cadrul serviciilor de sănătate pentru tineri.

VII. Consolidarea bazei şi extinderea capacităţilor de prevenire a transmiterii infecţiei HIV/SIDA şi ITS de la mamă la făt.

VIII. Asigurarea securităţii hemotransfuziilor, intervenţiilor medicale sau de alt gen şi prevenirea răspândirii nozocomiale a infecţiei HIV/SIDA şi a sifilisului.

IX. Suplimentarea şi extinderea acţiunilor de prevenire, diagnostic, tratament şi îngrijire a persoanelor cu infecţia mixtă HIV/TB, inclusiv în instituţiile penitenciare.

Realizarea strategiilor, obiectivelor şi acţiunilor prevăzute în Program va reduce intensitatea răspândirii infecţiei HIV/SIDA/ITS, minimizând eventualele consecinţe negative.

În a. 2005 au fost întreprinse măsuri şi efectuate activităţi în domeniul ajustării bazei legislative în problemele HIV/SIDA. În Republica Moldova Legea cu privire la profilaxia maladiei SIDA a fost adoptată de Parlament la 25 mai 1993 şi a servit ca instrument eficient în efectuarea activităţilor de prevenire a infecţiei HIV/SIDA, instruire, educare, acordare a asistenţei medicale acestei categorii de persoane. Din momentul adoptării Legii au parvenit schimbări în situaţie şi în tendinţele epidemice ale infecţiei HIV/SIDA. A sporit potenţialul în efectuarea activităţilor de prevenire, accesul populaţiei la testare, persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA au acces la tratament antiretroviral specific şi la tratamentul maladiilor oportuniste. S-a acumulat experienţa naţională şi internaţională în profilaxia infecţiei, inclusiv în elaborarea, adoptarea şi aplicarea actelor legislative. Legea precedentă conţine unele elemente care lezează drepturile omului, precum ar fi testările obligatorii ale unor contingente etc.

Proiectul legii a fost elaborat în baza evaluării cadrului naţional legislativ în infecţia cu HIV/SIDA, inclusiv şi drepturile omului, efectuate în cadrul Proiectului PNUD Moldova „Parteneriatul împotriva HIV/SIDA în ţările CSI şi Europei de Est” şi în cadrul Proiectului „Fortificarea supravegherii şi răspunsul la bolile infecţioase în Europa de Sud-Est.

Componenta II. Fortificarea supravegherii ghidurilor, politicilor şi legislaţiei pentru prevenirea şi controlul bolilor infecţioase în Republica Moldova”, 2005.

Proiectul este îndreptat spre extinderea ariei de aplicare în realizarea activităţilor strategice de prevenire, spre extinderea, realizarea obligaţiilor ţării şi aducerea în corespundere cu normele legislative internaţionale.

La elaborarea proiectului legii au fost luate în considerare recomandările Conceptului legii-model CSI *(Концепция модельного закона «О противодействии ВИЧ и СПИДу в государствах-участниках СНГ», 2005).*

Proiectul legii a fost avizat de Ministerul Justiţiei, Ministerul Educaţiei şi Tineretului, Ministerul Finanţelor şi Ministerul de Interne discutat cu reprezentanţii societăţii civile. Propunerile şi obiectivele au fost incluse în proiectul legii.

INVALIDITATEA POPULAȚIEI

13.1. NOȚIUNI GENERALE

În scopul profilaxiei invalidității și aplicării măsurilor de reabilitare Comitetul experților OMS a elaborat următorul model de descriere a îmbolnăvirii: *etiologie – patogenie – manifestări ale bolii.*

Actualmente acest model se consideră imperfect, deoarece el nu reflectă toate problemele conexe cu boala. Persoana bolnavă nu poate exercita în mod stabil rolul său social, deoarece consecințele procesului morbid prelungesc acest lanț patologic prin: *starea de boală – infirmitate – incapacitate – handicap.*

Infirmitatea este pierderea sau dereglarea unei structuri sau funcții fizice, psihologice sau anatomice.

Incapacitatea *(invaliditatea)* este definită ca orice reducere sau pierdere a capacității de muncă, care împiedică persoana în cauză să-și îndeplinească în mod normal activitatea.

Prin handicap fizic se subînțelege defectul – consecință a unei infirmități sau incapacități, care împiedică persoana să-și îndeplinească normal funcțiile sale, corespunzătoare sexului, vârstei stării sociale etc.

Atât infirmitatea, cât și invaliditatea pot fi vizibile și invizibile, temporare și permanente, progresive și regresive. Totodată handicapurile (defectele) fizice ș.a. nu întotdeauna sunt un rezultat al invalidității, ci pot apărea și în urma unei dereglări de funcție fără stadii intermediare de invaliditate.

Pe lângă particularitățile individuale, apariția invalidității este influențată și de factorii sociali și de mediu, care pot fortifica sau diminua acțiunea factorilor decisivi asupra apariției handicapului fizic etc. Bunăstarea omului reflectă calitatea vieții și include aspecte multilaterale: fizice, psihologice, sociale, profesionale, starea sănătății etc. Starea de sănătate poate fi caracterizată prin *abilitățile vitale* ce țin de comportament, comunicare, autoservire, aptitudinea corpului, dexteritate, activitatea profesională și situațională. Reducerea acestor abilități duce la *dizabilitate.*

➢ ***Dizabilitatea*** reprezintă o deviere de la normele capacităților obișnuite ale omului la nivel individual și nivel social. Persoana cu dizabilități *(invalid)* se consideră persoana care în legătură cu limitarea parțială sau totală a abilităților vitale are nevoie de asistență medicală și protecție socială, fiind recunoscută în mod oficial de către organele respective de stat.

13.2. EVOLUȚIA ȘI STRUCTURA INVALIDITĂȚII POPULAȚIEI

În Republica Moldova invaliditatea populației încadrate în câmpul muncii cuprinde femei în vârstă de la 16 până la 57 de ani și bărbați – de la 16 până la 62 de

ani (invaliditatea primară). Invaliditatea la copii cuprinde vârsta de la 0 până la 16 ani, care după vârsta de 16 ani sunt numiţi „invalizi din copilărie”.

Rata invalidităţii primare în a. 2006 comparativ cu a. 2001 a scăzut cu 8,1 cazuri şi constituie 381,1 la 100 mii de locuitori (tabelul 81).

Tabelul 81

Invaliditatea primară a populaţiei Republicii Moldova în perioada aa. 2001–2006 (abs. / 100 mii)

Anii	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Invalizi total (cazuri noi)	14 131	11 042	10 802	11 524	13 377	13 700
Rata invalidităţii	389,2	304,8	299,0	319,8	372,1	381,1

Analiza după mediul de reşedinţă a scos în evidenţă că 60,0% din invalizi locuiesc în mediul rural şi 40,0% – în mediul urban.

Din numărul total 56,0% sunt bărbaţi şi 44,0% – femei.

Repartiţia în funcţie de vârstă a scos în evidenţă, că la femei cota cea mai mare (38,4%) s-a stabilit în grupa de vârstă de 50-56 de ani, la bărbaţi – în grupa de vârstă de 50-61 de ani (46,3%) (tabelul 82).

Tabelul 82

Structura invalidităţii populaţiei Republicii Moldova în funcţie de sex şi grupele de vârstă, a. 2006 (%)

GRUPELE DE VÂRSTĂ	FEMEI	BĂRBAŢI
→ 29 de ani	8,2%	9,4%
30 – 39 de ani	11,3%	10,3%
40 – 49 de ani	27,9%	24,7%
F – 50–56 de ani	38,4%	
B – 50–61 de ani		46,3%
F – 57 de ani →	14,2%	
B – 62 de ani →		9,3%

Repartizarea acestui contingent în funcţie de severitate este următoarea: gradul sever – 14,0%, gradul pronunţat – 58,0% şi gradul mediu – 28,0%.

Invaliditatea „fără termen” ca criteriu a fost stabilită în a. 2006 pentru 8,4% de invalizi primari.

Invaliditatea este determinată de următoarele cauze:

- ca urmare a diferitor boli – 95,0%;
- invalizi din copilărie – 4,1%;
- din numărul militarilor – 0,4%;
- accidente de muncă sau boli profesionale – 0,3%;
- în urma avariei de la Cernobâl – 0,2%.

În structura invalidităţii populaţiei Republicii Moldova după forme nosologice fiecare a V-a persoană (21,5%) este afectată de bolile aparatului circulator (locul I). Pe locul II sunt plasate tumorile maligne (16,5%), pe locul III – bolile sistemului nervos (9,2%) şi pe locul IV – bolile sistemului osteomuscular (8,5%). Această

structură ierarhică se referă şi pentru mediul urban şi rural. Structura invalidităţii populaţiei după forme nosologice şi mediul de reşedinţă este prezentată în tabelul 83.

Tabelul 83

Structura invalidităţii primare după forme nosologice şi mediul de reşedinţă a. 2006 (%)

Locul	Republica Moldova		Mediul urban		Mediul rural	
	Patologia	%	Patologia	%	Patologia	%
I	Aparatul circulator	21,5	Aparatul circulator	23,1	Aparatul circulator	20,4
II	Tumori maligne	16,5	Tumori maligne	17,2	Tumori maligne	16,1
III	Sistemul nervos	9,2	Sistemul nervos	9,8	Sistemul nervos	8,8
IV	Sistemul osteomuscular	8,5	Sistemul osteomuscular	8,2	Sistemul osteomuscular	8,6
V	Tulburări mintale	7,7	Tulburări mintale	7,5	Bolile ochiului	7,9
VI	Leziuni traumatice	7,1	Bolile endocrine	7,2	Tulburări mintale	7,8
VII	Bolile ochiului Aparatul digestiv	6,9 6,9	Aparatul digestiv	6,5	Leziuni traumatice	7,6
VIII	Bolile endocrine	6,5	Leziuni traumatice	6,4	Aparatul digestiv	7,2
IX	Tuberculoza	3,6	Bolile ochiului	5,4	Bolile endocrine	6,1
X	Aparatul respirator	2,3	Tuberculoza	3,3	Tuberculoză	3,8
XI	Aparatul urogenital	1,6	Aparatul respirator	2,1	Aparatul respirator	2,4
XII	Bolile profesionale	0,1	Aparatul urogenital	1,5	Aparatul urogenital	1,6
XIII	Alte boli	1,6	Bolile profesionale	0,02	Bolile profesionale	

Aşadar, primelor patru locuri le revine de la 54,0% în mediul rural până la 58,0% în mediul urban şi circa 56,0% pe republică în funcţie de formele nozologice.

În structura internă a bolilor aparatului circulator fiecare a treia persoană este invalidă din cauza bolilor cerebro-vasculare (34,2%), fiecare a V-a persoană – din cauza bolii hipertensive (22,4%), invalidităţii pentru boala ischemică a inimii îi revine 19,5% şi celei pentru miopatia reumatică – 11,2% .

În structura internă a bolilor aparatului digestiv cirozei hepatice îi revin 67,3% din cazuri.

13.3. EVOLUŢIA ŞI STRUCTURA INVALIDITĂŢII LA COPII

Cercetarea invalidităţii la copii s-a realizat în trei direcţii metodologice: statistică, social-igienică şi medico-organizatorică. Direcţia statistică include determinarea nivelului şi cauzelor invalidităţii la copii şi analiza lor. Direcţia medico-organizatorică vizează studierea calităţii asistenţei medicale acordate copiilor invalizi, evaluarea măsurilor de dispensarizare şi oportunitatea măsurilor de reabilitare medicală, socială, psihologică, habituală şi pedagogică. Sarcina principală a direcţiei social-igienice include studierea factorilor şi condiţiilor care influenţează invaliditatea la copii.

În Republica Moldova s-a constatat o tendinţă generală de creştere a invalidităţii. Astfel, în perioada anilor 2001–2006 ea a crescut de la 14,7 până la 18,2 la 1000 de copii în vârstă până la 16 ani.

Din numărul total de copii invalizi (13 167) 20,0% locuiesc în mediul urban şi 80,0% - în mediul rural.

În funcţie de sex, băieţii constituie 57,0% şi fetele – 43,0%. Ponderea cea mai mare a copiilor invalizi s-a înregistrat în grupa de vârstă de 6-14 ani (65,3%).

Structura invalidităţii la copii după cauze este următoarea:

locul I – anomalii congenitale;
locul II – patologia perinatală;
locul III – consecinţele bolilor;
locul IV – consecinţele traumelor.

În structura invalidităţii la copii după forme nosologice pe locul I se plasează profilul psihiatric (31,0%). În structura internă a acestui profil 72,0% din copii sunt cu retard mintal.

Locul II îl ocupă patologia neurologică (28,0%) şi în structura internă paraliziei cerebrale infantile îi revin 58,0% din cazuri.

Locul III este determinat de profilul pediatric (14,2%).

Locul IV ocupă patologia ortopedică (7,5%).

Pentru evaluarea invalidităţii asupra stării de sănătate a copiilor se utilizează următorii indicatori: *invaliditatea, prevalenţa, mortalitatea generală a copiilor, mortalitatea infantilă, mortalitatea perinatală.* În funcţie de gradul de influenţă asupra stării de sănătate a copiilor aceşti indicatori se distribuie în felul următor:

- mortalitatea infantilă – locul I;
- mortalitatea copiilor – locul 2;
- prevalenţa – locul 3;
- mortalitatea perinatală – locul 4;
- invaliditatea – locul 5.

13.4. REABILITAREA COPIILOR INVALIZI

Dintre sarcinile asigurării sociale, reabilitarea socio-profesională a invalizilor reprezintă una dintre cele mai importante probleme, deoarece se răsfrânge benefic nu numai asupra stării de sănătate fizică şi psihică a individului dar şi ameliorează considerabil multiple probleme socio-economice, psihologice şi medicale ale societăţii. Aceasta este cu atât mai importantă cu cât vârsta suferinzilor este mai tânără.

În prezent, reabilitarea copiilor este una dintre cele mai efective metode de restabilire a sănătăţii lor, care solicită tot mai insistent atenţia medicilor, psihologilor, juriştilor şi sociologilor.

Măsurile de reabilitare în pediatrie se pot desfăşura în toate instituţiile ocrotirii sănătăţii şi învăţământului public, precum şi în familia copilului.

Reabilitarea copilului invalid, convenţional, poate fi împărţită în trei etape: clinică, sanatorială şi adaptivă. Etapa clinică, la rândul său, poate fi subdivizată în două părţi: a) reabilitarea în condiţii de staţionar şi b) reabilitarea în condiţii de ambulatoriu.

Reabilitarea invalizilor din copilărie are ca urmare plasarea lor în câmpul muncii, datorită cărui fapt se reduce prejudiciul statului în legătură cu tratamentul lor şi subvenţiile sociale. Aici se manifestă importanţa economică a problemei. Aspectul medical al reabilitării se rezumă la faptul că angajarea profesională raţională ameliorează starea de sănătate, invalidul beneficiind de efectele ergoterapiei.

AVORTUL

14.1. ASPECTE GENERALE

În caracteristica sănătății publice, indicatorii demografici, inclusiv reproducerea, au o însemnătate deosebită. În acest context avortul influențează negativ natalitatea, condiționează reducerea sporului natural al populației, iar în condiții de crize social-economice poate fi şi cauza depopulației.

Avortul spontan sau „la cerere" este unul dintre cele mai obişnuite evenimente obstetrical-ginecologice în întreaga lume, ocupând locul 2 după naştere. Efectuat de către un specialist instruit, cu un echipament potrivit, tehnică corectă şi respectarea standardelor sanitare, avortul este una dintre cele mai sigure proceduri din practica medicală. Avortul, efectuat în condiții nesigure, contribuie la dezvoltarea sechelelor serioase pentru sănătatea femeii, deseori duce la infertilitate (OMS, 2003).

Definiție. Avortul reprezintă terminarea sarcinii prin orice mijloace, înainte ca fătul să fie suficient dezvoltat pentru a supraviețui. Definiția dată de OMS este limitată la terminarea sarcinii înainte de 22 de săptămâni de gestație, calculată în funcție de data primei zile a ultimei menstruații şi expulzarea unui făt nou-născut care cântăreşte mai puțin de 500 gr.

Avortul voluntar sau electiv este întreruperea sarcinii la cererea femeii, dar nu pentru motive de afectare a sănătății mamei sau de suferință fetală. Acesta se poate efectua conform legislației în cazul sarcinilor sub 12 săptămâni.

Istoric. Existența avortului provocat a fost menționată în istoria diverselor civilizații, chiar înainte de apariția primelor mărturii scrise, şi se regăseşte în documentele scrise ale celor mai vechi civilizații.

Prima țară care a legalizat avortul a fost URSS (1920). Tendința lumii întregi spre legile de liberalizare a avortului a început în Statele Nordice în anii 1930, când Islanda (1935), Suedia (1937) şi Danemarca (1938) au decretat legi mai puțin restrictive, urmate de Finlanda (1950) şi Norvegia (1960).

Reglementări privind avortul în lume.

La ora actuală în lume există următoarele tipuri de legislație cu privire la avort:

1. Legislație permisivă – prin care avorturile sunt permise la cerere.
2. Legislație semirestrictivă, conform căreia avorturile sunt permise numai în următoarele cazuri:
   - motive de sănătate fizică şi pentru a salva viața femeii;
   - motive de sănătate fizică şi mentală şi pentru a salva viața femeii;
   - motive social-economice.
3. Legislație restrictivă, prin care avorturile nu sunt permise sau sunt permise doar pentru salvarea vieții femeii.

Reglementări privind avortul în țările Uniunii Europene.

Din punctul de vedere al legislației privind avortul, țările UE se împart în 3 grupe.

În prima grupă se află Malta, Irlanda şi (practic) Polonia, la care se adaugă Irlanda de Nord, aflată în componența Marii Britanii.

Malta opreşte cu desăvârşire avortul, în ciuda presiunilor uriaşe din partea ONU şi UE care solicită modificarea legislației.

În Irlanda, avortul este oprit cu excepția cazului în care mama este în pericol de a se sinucide, însă Guvernul şi Biserica Catolică încearcă să închidă şi această „portiță".

În Polonia şi Irlanda de Nord, teoretic se poate apela la avort dacă sarcina a apărut în urma unui viol, incest, dacă fătul are malformații grave sau dacă viața şi sănătatea mamei sunt puse în pericol; practic, însă, atât reglementările specifice, cât şi sprijinul dat de stat în asistarea femeilor, care intenționează să apeleze la întreruperile de sarcină reduc până aproape de nesemnificativ numărul avorturilor.

Grupa a doua include statele în care se pot face avorturi în anumite condiții, mai relaxate: Cipru, Insulele Feroe (teritoriu danez), Finlanda, Luxemburg, Spania, Portugalia şi Marea Britanie.

Avortul motivat de situația socială şi materială dificilă este permis practic doar în Marea Britanie şi Finlanda.

În Feroe se cere şi consimțământul soțului, dacă femeia este căsătorită.

În Luxemburg, femeia trebuie consiliată cu privire la alternative şi trebuie să aştepte 7 zile până la avort. Tot aici „obiecțiile de conştiință", în general din motive religioase, sunt frecvente.

În grupa a treia se află restul statelor UE, în care avortul este disponibil „la cerere". Din această grupă fac parte țări foste comuniste – Țările Baltice, Bulgaria, Cehia, Slovacia, Slovenia, Ungaria – care aveau o astfel de legislație încă din vremea „cortinei de fier", sau țări cu veche tradiție democratică şi liberală în care aşa-numitele „libertăți individuale" sunt fundamentale – Belgia, Olanda, Germania, Franța, Suedia, Danemarca. Tot aici se include şi Italia.

În Germania, Ungaria, Belgia este obligatorie sau opțională şi asigurată gratuit, consilierea pre- şi chiar post-avort. În Germania se fac chiar încercări pentru a determina femeia însărcinată să nu avorteze (modificări legislative determinate de scăderea catastrofală a natalității).

În Italia, „obiecția de conştiință" din cauze religioase intervine în cazul multor medici solicitați să întrerupă sarcini.

În Austria, factorul material este unul important, avortul costând destul de mult şi fiind practic accesibil doar în marile oraşe. În alte state intervenția este gratuită, costurile fiind acoperite de la bugetul de stat (Olanda, Danemarca, Estonia).

Acordul părinților în cazul în care femeia însărcinată este minoră este cerut în Italia, Grecia, Portugalia, Slovenia, Slovacia.

În Italia şi Olanda se impune o perioadă „de gândire" de câteva zile înainte de intervenție.

În Cehia şi Slovacia nu se pot face 2 întreruperi de sarcină la mai puțin de 6 luni distanță, decât dacă femeia are peste 35 de ani sau a născut de 2 ori.

Tot în această grupă se includ Grecia, unde legislația a fost relaxată de curând, şi România, ultima fiind un caz special (singura țară în care a fost interzis avortul,

din 1967 până în 1989) şi tragic totodată (cea mai mare rată a avorturilor din UE, lipsa aproape totală a oricăror restricții, lipsa consilierii).

În țările unde avortul este disponibil „la cerere", limita de vârstă a sarcinii până la care se pot efectua intervenţii este, în general, 12 săptămâni, cu excepţia Sloveniei (10 săptămâni), a României (14 săptămâni) şi a Suediei (18 săptămâni).

14.2. CADRUL LEGISLATIV ŞI NORMATIV NAȚIONAL

Avortul legal la termenul până la 12 săptămâni de sarcină este valabil din anul 1955. Legislaţia precedentă a Uniunii Sovietice a fost modificată de Guvernul Republicii Moldova în august 1994 (ordinul nr.152, anexa nr.3), stabilind indicaţiile (medicale şi sociale) pentru terminarea sarcinii până la 24-25 de săptămâni. Decizia despre întreruperea sarcinii se ia de către Consiliul Medical Consultativ.

Noi modificări au fost introduse în 1995, când Moldova a aderat la definiţiile OMS, când limitele pentru avortul în trimestrul 2 (la indicaţii medicale, genetice, juridice sau sociale) au fost diminuate la 21 de săptămâni. Avortul până la 28 de săptămâni este permis numai în cazuri de sifilis congenital sau malformaţii fetale severe (Ordinul nr.103, martie 1995).

Ordinul MS al RM nr.103 de la 07.04.2004 aprobă implementarea aspirării vacuum manuale în RM ca metodă de elecţie pentru întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni şi Ghidul clinic „Întrerupere de sarcină în primul trimestru prin aspirare vacuum manuală".

14.3. CLASIFICARE

Avort precoce – întreruperea sarcinii prin intervenţie medicală până la termenul de 12 săptămâni de sarcină.

Avort tardiv – întreruperea sarcinii prin intervenţie medicală până la termenul de 21 săptămâni de sarcină.

Avort complet – întreruperea sarcinii prin eliminarea în totalitate a produsului de concepţie.

Avort incomplet – întreruperea sarcinii prin reţinerea parţială a produsului de concepţie.

Avort criminal – întreruperea sarcinii, efectuată de persoane incompetente fără respectarea standardelor sanitare.

Avort provocat – întreruperea sarcinii prin intervenţie medicală specializată.

Avort spontan – întreruperea sarcinii fără intervenţie medicală specializată.

Rata şi structura avorturilor

În lume, anual se fac între 30 şi 55 milioane de avorturi provocate, corespunzând la o rată a avorturilor de 70 la 1 000 de femei de vârstă fertilă şi la o proporţie de 300 de avorturi la 1 000 de sarcini cunoscute.

14.4. CONSECINȚELE AVORTULUI

1. Consecințe imediate – în timpul intervenţiei sau în decurs de 3 ore după: hemoragie uterină, perforaţie uterină, leziune cervicală, complicaţiile anesteziei, embolism, naşterea de feţi vii.

2. Complicații precoce – între 3 ore și 28 de zile după avort: infecția, retenția produsului de concepție.

3. Complicații tardive – peste 28 de zile de la avort: dereglări menstruale, infertilitate, avort spontan, sarcină ectopică, prematuritate, imunizare Rh.

4. Mortalitatea cauzată de avort.

5. Urmări psihice: depresii, sentiment de vinovăție, tristețe, insomnie, atacuri de anxietate, frustrație, pierderea respectului față de sine, apariția răcelii emoționale și a pesimismului, distrugerea psihicului propriu, pierderea motivației. Pot apare și dereglări comunicaționale cu alți oameni, precum și cu partenerul de căsătorie și cu copiii deja născuți.

6. Urmări asupra familiei: datorită urmărilor fizice sau psihice care apar la părinți, apar evident dereglări ale relațiilor dintre membrii familiei.

7. Urmări asupra societății: societatea ar fi mult mai fericită dacă membrii ei nu ar fi afectați de fenomenul avortului. În plus, avortul duce la sporirea morbidității, agravarea situației demografice prin scăderea dramatică a natalității.

14.5. CONSILIEREA CA METODĂ DE PREVENIRE A AVORTULUI

Majoritatea avorturilor legale nu se efectuează ca rezultat al indicațiilor medicale. Ele sunt considerate o procedură electivă. O astfel de procedură implică luarea unei decizii, dacă avortul ar trebui sau nu făcut. Înainte de a începe să se facă avortul, este importantă sfătuirea cuplurilor pentru a fi sigur că aceștia doresc terminarea sarcinii. Consilierea trebuie să fie, pe cât posibil, imparțială și nondirectivă.

Scopul consilierii este de a ajuta femeia:

- să decidă care-i sunt dorințele adevărate;
- să se decidă asupra celui mai bun mod de a acționa;
- să-și asume responsabilitatea propriei decizii;
- să înțeleagă cum a ajuns să aibă o sarcină nedorită, astfel încât să-și poată planifica evitarea alteia.

Este foarte important ca femeii să i se ofere suficiente informații, astfel ca ea să poată lua o decizie. Acestea includ:

- alternative la avort – de exemplu, păstrarea copilului sau lăsarea lui spre adopțiune;
- detalii referitor la metodele abortive;
- complicațiile posibile și efectele adverse pe termen lung ale avortului;
- contracepția viitoare.

14.6. PROFILAXIA AVORTURILOR PRIN PLANIFICAREA FAMILIALĂ

Definiție. Planificarea familială este determinarea conștientă de către familie a numărului dorit de copii și a eșalonării în timp a nașterilor.

Planificarea familială poate fi negativă – în scopul limitării numărului de sarcini, atinsă prin utilizarea contracepției sau pozitivă – în scopul obținerii unor sarcini, atinsă prin diagnosticul și tratamentul infertilității.

Planificarea familială este un drept fundamental al cuplurilor. Fiecare familie are dreptul să-şi stabilească numărul dorit de copii şi când îi doreşte. În acelaşi timp, fiecare cuplu trebuie să fie conştient de obligaţiunile şi responsabilităţile pe care le are faţă de copii.

În esenţa sa, planificarea familială urmăreşte înainte de toate evitarea sarcinilor nedorite şi previne cel puţin trei tipuri de sarcină cu risc sporit:

- sarcini la vârste mai mici de 20 de ani;
- sarcini la vârste mai mari de 35 de ani;
- sarcini la un interval intergenezic mai mic de 2 ani.

Pentru ca planificarea familială să îşi poată realiza scopul de a evita sarcina nedorită, uzează în mod obişnuit metodele de contracepţie. Cunoscută din antichitate, la ora actuală contracepţia este folosită pe tot Globul şi este promovată de programe naţionale şi internaţionale în majoritatea ţărilor lumii.

Metodele de contracepţie: hormonală; implante contraceptive; dispozitive intrauterine; metode de barieră şi spermicidele; metode de planificare familială naturală (calendarul, t° bazală, coitul întrerupt); contracepţia de urgenţă; sterilizarea.

Decizia finală referitor la alegerea metodei optime de contracepţie îi aparţine femeii, medicul fiind obligat să o informeze despre avantajele, dezavantajele şi modul de acţiune a acesteia.

Factorii implicaţi în contracepţie sunt: cultura, religia elementul politic, mass-media, evoluţia „modernă" a vieţii de familie, modul de a privi existenţa unui copil, şi nu în ultimul rând, motivaţia cuplului.

Calităţile unei metode contraceptive ideale: 100% sigură; 100% eficientă; independentă faţă de actul sexual; administrare şi reversibilitate simple; ieftină şi uşor de distribuit; independentă de medic; acceptabilă pentru orice cultură, religie, politică; utilizabilă de sau evidentă pentru femei; protectoare faţă de boli cu transmitere sexuală.

Este important ca avortul să nu fie privit niciodată ca o metodă de contracepţie. Solicitarea unui avort, pentru o sarcină neplanificată, este o dovadă de lipsă de cunoştinţe în domeniul contracepţiei, eşec în folosirea unei metode eficiente sau eşecul metodei. O bună planificare familială caută să reducă numărul de sarcini nedorite. Astfel, cele mai scăzute rate ale avorturilor sunt în acele ţări, care au un sistem de educaţie sexuală corespunzător şi servicii dezvoltate de contracepţie.

Utilizarea curentă a metodelor de contracepţie (conform rezultatelor studiului Demografic şi de Sănătate din Republica Moldova, 2005, efectuat de către CNŞPMP al Ministerului Sănătăţii şi Protecţiei Sociale şi ORC Macro):

Mai mult de două treimi din femeile căsătorite (68%) din Moldova recurg la anumite metode de contracepţie. 44% din femeile căsătorite utilizează metode moderne, iar 24% – metode tradiţionale. Dispozitivele intrauterine (DIU) constituie metoda cea mai utilizată, fiind folosită de 25% din femeile căsătorite, următoarea metodă fiind coitul întrerupt (20%). Femeile necăsătorite sexual active utilizează preponderent prezervativele şi mai puţin dispozitive intrauterine.

Mai puţin de o treime (32%) din femeile căsătorite care nu utilizează contraceptive spun că au intenţia să utilizeze planificarea familială în viitor, 55% nu au intenţia de a o face şi 11% nu sunt sigure de decizia lor.

Datele arată că doar 15% din bărbați cred că contracepția o privește doar pe femeie, pe când mai mult de un sfert din bărbați cred că femeile care recurg la planificarea familială s-ar putea deda desfrâului. Doar 13% din bărbaţi cred că femeia este cea care ar trebui să fie sterilizată, deoarece ea este cea care rămâne însărcinată.

În comparație cu alte țări din Europa de Est şi Eurasia, utilizarea contraceptivelor de către femeile căsătorite cu vârsta între 15-44 de ani în Republica Moldova (72%) este mai înaltă decât în România (64% în 1999), Ucraina (68% în 1999), Armenia (58% în 2005), Azerbaidjan (55% în 2001), Georgia (41% în 1999), Kazahstan (62% în 1999), Kârgâzstan (60% în 1997), Turkmenistan (55% în 2000) şi Uzbekistan (70% în 2002) (AIC, 2004; CDC şi ORC Macro, 2003; NSS, 2006).

MUNCA, ODIHNA, ALIMENTAŢIA ŞI LOCUINŢA

15.1. MUNCA

Vorbind despre factorii sociali ai sănătăţii, e necesar de a lua în considerare condiţiile vieţii colective: munca, odihna, alimentaţia şi locuinţa.

A da caracteristică amplă factorilor sociali ce determină sănătatea publică este o problemă destul de dificilă. Complexitatea acesteia se explică nu numai prin imensitatea şi diversitatea ei, ci şi prin lipsa până nu demult a unor cercetări fundamentale, ce ar evalua acţiunea factorilor sociali asupra sănătăţii oamenilor.

În ultimii ani s-au efectuat numeroase cercetări sociologice ce dezvăluie diverse aspecte ale vieţii colective a populaţiei. Prin cercetările unor sociologi, filozofi, economişti, psihologi şi alţi reprezentanţi ai ştiinţelor sociale s-a demonstrat rolul muncii şi al altor condiţii ale vieţii colective asupra sănătăţii omului. S-au elucidat aspectele economic, profesional, moral, psihologic, etic şi estetic ale factorilor sociali, influenţa acestor factori asupra natalităţii, mortalităţii generale şi celei infantile etc. O problemă destul de importantă şi actuală a sănătăţii publice o prezintă munca.

Munca este o activitate raţională a omului în procesul căreia el exercită o acţiune asupra naturii, folosind-o în scopul creării mijloacelor necesare pentru satisfacerea tuturor necesităţilor sale vitale.

Munca, după cum se ştie, a jucat un rol hotărâtor în procesul formării omului: s-au dezvoltat funcţiile mâinilor, vorbirea, creierul (psihicul), organele de simţ. În procesul muncii s-a lărgit sfera percepţiilor şi reprezentărilor, iar acţiunile omului au căpătat un caracter conştient.

Munca este condiţia primordială a existenţei omului. Efect benefic are nu numai procesul muncii ca atare, dar şi acele scopuri, legate de rezultatele finale ale muncii, pe care omul tinde să le realizeze.

Munca este nu numai o sursă de existenţă, dar şi o condiţie de afirmare socială a personalităţii, care face posibilă manifestarea capacităţilor psihologice ale omului. În acelaşi timp, munca, devenind o necesitate naturală a organismului omului, condiţionează sociologizarea medicinei, creşte şi se aprofundează influenţa muncii asupra societăţii, sănătatea deja nu mai este doar o valoare personală, ci şi socială. Sistemul muncă – necesitate în afara orelor de lucru determină o influenţă pozitivă asupra organismului şi psihicului omului, ceea ce oferă posibilităţi de manifestare a talentului, valorilor culturale şi contribuie la formarea modului sănătos de viaţă.

Capacitatea de muncă este o caracteristică inalienabilă a sănătăţii omului. Există o corelaţie directă între anumite moduri de activitate profesională şi unele maladii. Încă Hippocrate (aa. 460–378) a observat apariţia unor boli specifice la

mineri. Fondatorul igienei profesionale Bernardino Ramazzini (1633–1714) pentru prima dată a reuşit să sistematizeze raportul dintre maladiile profesionale şi sănătatea publică.

Problemele legate de maladiile profesionale şi intoxicaţii, precum şi igiena muncii, micşorarea morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă sunt destul de actuale şi în timpul de faţă. Folosirea noilor utilaje de protecţie, mecanizarea, automatizarea muncii fac posibil un regim de muncă cât mai raţional, care să excludă bolile profesionale şi traumatismul. Concomitent cu controlul curent de laborator, care se efectuează cercetând factorii mediului, e necesar de a studia, de asemenea, şi reacţiile fiziologice ale organismului celor care muncesc. În ultimul timp tot mai des se remarcă apariţia unor reacţii nespecifice ale organismului în legătură cu acţiunea microdozelor de substanţe nocive.

Munca în condiţiile întreprinderilor industriale necesită o atenţie deosebită din partea organelor sanitare şi mai ales o activitate intensă în domeniul patologiei profesionale. Devine tot mai evident faptul că acţiunea trebuie să fie efectuată atât asupra mediului, cât şi asupra organismului. Realizarea acestui principiu determină teoria şi practica medicală consacrate problemei muncii şi sănătăţii.

Rolul muncii, ca o necesitate naturală, factor puternic de păstrare şi fortificare a sănătăţii omului, i-a preocupat pe mulţi savanţi. Majoritatea lor accentuează importanţa respectării regulilor igienice, a îmbinării raţionale a muncii cu odihna pentru excluderea surmenajului, s-a subliniat, totodată, însemnătatea factorilor de cointeresare şi pasiune, manifestate în procesul muncii, precum şi rolul reacţiei psiho-emoţionale legate de muncă.

Însă din motive obiective şi subiective munca nu întotdeauna exercită o influenţă pozitivă asupra sănătăţii omului. De exemplu, în ţările economic dezvoltate se observă o contradicţie între necesitatea dezvoltării productivităţii muncii în corespundere cu progresul tehnico-ştiinţific şi posibilităţile organismului uman de a se adapta la noile condiţii, care uneori au o influenţă dăunătoare. În legătură cu aceasta apare problema profilaxiei, elaborării mijloacelor efective de protecţie, respectării regulilor sanitaro-igienice etc.

Munca acţionează asupra sănătăţii şi prin intermediul unor factori, cum sunt fluctuaţia cadrelor, stimularea lor materială şi morală, raporturile internaţionale în colectivele de muncă, care determină climatul psihologic, profesionalismul, corespunderea muncii profesiei, vocaţiei şi capacităţilor omului.

Rezolvarea problemei social-igienice a muncii înseamnă evidenţierea acţiunii factorilor sociali şi elaborarea pe baza lor a recomandărilor de utilizare a muncii ca mijloc de întărire şi îmbunătăţire a sănătăţii publice.

Însemnătatea muncii ca factor de asanare depinde de: organizarea ei; condiţiile sanitaro-igienice; stimularea morală şi materială; înzestrarea tehnică; disciplină; condiţiile psiho-emoţionale, de trai, din colectivele de producţie; corespunderea aptitudinilor omului caracterului muncii pe care o îndeplineşte; alţi factori de ordin material şi spiritual.

Când vorbim de factorii social-igienici ai muncii avem în vedere condiţiile tehnologice şi sanitaro-igienice, ca: gradul de intensitate, încadrare şi pericolele legate de munca executată; corespunderea muncii capacităţilor fiziologice şi psiho-emoţionale; calităţile bio-sociale; caracterul relaţiilor internaţionale.

Numai prin eforturile specialiştilor în domeniul ocrotirii sănătăţii este imposibil de a studia tot complexul de factori sociali şi de ordin psihologic caracteristici muncii. Aici se cere colaborarea strânsă a reprezentanţilor diferitor discipline, inclusiv a sociologilor, psihologilor, economiştilor, igieniştilor, prof-patologilor ş.a. Până nu demult, când sănătatea populaţiei era studiată doar în baza datelor statistice ale adresabilităţii, un studiu aprofundat al sănătăţii populaţiei nu putea fi realizat.

Studiile complexe cu caracter medico-social demonstrează acţiunea asupra sănătăţii a factorilor de ordin psihologic. Indicatorii sănătăţii sunt cu mult mai favorabili la persoanele care muncesc cu tragere de inimă, sunt satisfăcute de munca pe care o îndeplinesc şi întreţin relaţii prieteneşti cu colegii de muncă.

S-au observat divergenţe între nivelurile de sănătate la întreprinderi de acelaşi tip care se deosebeau prin condiţiile sanitaro-igienice, modul de organizare a muncii şi ritmul de lucru. Comparând morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă la uzine în grupuri omogene după sex, vârstă şi alte caracteristici, care au fost concediaţi în decursul anului cu cei care au fost angajaţi, s-a constatat că lucrătorii concediaţi se îmbolnăveau de 1,5 ori mai des.

Importanţă are şi stagiul de muncă. Cu creşterea lui morbiditatea scade.

În unele ţări s-au făcut cercetări despre influenţa şomajului asupra sănătăţii. Conform datelor publice, în Germania morbiditatea prin boli psihice şi de profil general la şomeri era cu 20-30% mai mare decât la cei care lucrează. Adinamia şi lipsa de efort fizic asociate cu alţi factori de risc preced infarctul miocardic.

Folosirea noilor utilaje, introducerea noilor metode tehnice implică noi măsuri de igienă a muncii care trebuie să anticipeze toate aceste inovaţii. Recomandările practice trebuie elaborate încă în perioada de proiectare. Progresul tehnic nu a rezolvat deocamdată problema principală – cea a oboselii. Această problemă a căpătat actualmente un nou conţinut, deoarece oboseala fizică a fost înlocuită de oboseala „nervoasă", care este o consecinţă a tensiunii psihologice şi emoţionale.

Modul de alegere a profesiei în zilele noastre e de aşa natură că nu omul este „ales" pentru o anumită profesie, ci profesia „alege specialişti" din care sunt rebutaţi peste un timp oarecare o parte din ei, şi anume acei care nu s-au adaptat la noile condiţii ca urmare a oboselii în lucru, care comiteau greşeli, frecvent se îmbolnăveau ş.a.

O problemă medico-socială prezintă şi remunerarea muncii. Prosperitatea materială exercită o influenţă esenţială asupra sănătăţii publice. Trecerea la economia de piaţă, scăderea veniturilor reale ale populaţiei şi chiar sărăcirea unor pături sociale are drept consecinţă creşterea mortalităţii generale, scăderea natalităţii, duratei medii a vieţii şi alte fenomene negative.

15.2. ODIHNA

Odihna este o stare de linişte sau activitate de o aşa natură, care lichidează oboseala şi contribuie la restabilirea capacităţii de muncă.

Dreptul la odihnă este un factor important de păstrare şi întărire a sănătăţii oamenilor, precum şi de dezvoltare armonioasă a personalităţii fiecărui om.

Problema organizării odihnei este legată de timpul liber. Folosirea raţională a timpului liber este o condiţie de care depinde productivitatea muncii, deoarece contribuie la fortificarea sănătăţii omului şi la dezvoltarea lui multilaterală.

Pe timpuri, noţiunea de odihnă era identificată cu o linişte perfectă şi reducere considerabilă a mişcării. La începutul secolului al XX-lea I. Secenov a argumentat în mod convingător teza că oboseala dispare prin trecerea de la un mod de activitate la altul. Odihna, ca problemă social-igienică, este un aspect mai puţin studiat. Totuşi, a devenit un adevăr incontestabil faptul că cei care îşi petrec zilele de odihnă în afara oraşului se îmbolnăvesc mai rar.

Problema odihnei este foarte actuală, deoarece când munca este neraţional organizată, se observă dereglări ale ritmului proceselor tehnologice, ca şi în cazul muncii legate de suprasolicitarea fizică şi emoţională. Normarea regimului muncii şi al odihnei prevede reglementarea timpului de lucru şi a timpului de odihnă.

Criteriile de bază ale regimului raţional al muncii şi odihnei sunt productivitatea muncii, prevenirea surmenajului, micşorarea traumatismului profesional şi ocrotirea sănătăţii muncitorilor.

La reglementarea regimului de muncă şi odihnă trebuie să se ia în considerare nu numai specificul procesului de muncă, ci şi condiţiile în care activează oamenii: temperatura, umiditatea aerului, gradul de poluare a lui, iluminarea, zgomotul, vibraţia, care alcătuiesc factorii suplimentari de oboseală.

15.3. ALIMENTAŢIA

Unul dintre factorii sociali cu rol decisiv asupra sănătăţii este alimentaţia.

Ştiinţa medicală dispune de o informaţie destul de vastă în ceea ce priveşte fiziologia, igiena şi patologia alimentaţiei, mecanismul acţiunii diverselor produse alimentare asupra funcţiei unor organe în parte şi a organismului în întregime. Fără a neglija însemnătatea acestor procese, noi ne vom referi la aspectul social al alimentaţiei.

Îndestularea populaţiei cu produsele alimentare necesare depinde, în primul rând, de starea materială, de nivelul de trai al societăţii. În ţările economic slab dezvoltate condiţiile de trai sunt extrem de nesatisfăcătoare, acolo populaţia suferă de foame şi subalimentaţie. Acuitatea acestei probleme se agravează în condiţiile când se observă creşterea sporită a populaţiei, fenomen specific unor state din Asia, Africa şi America Latină. Spre exemplu, în America Latină populaţia creşte anual cu 3,5%, pe când producţia agricolă – cu 2,5%.

Departamentul agricultură şi alimentaţie al ONU a constatat că mai mult de jumătate din populaţia globului pământesc suferă de subalimentaţie ori se alimentează insuficient. Situaţia se complică ca urmare a accelerării ritmului de creştere a populaţiei, care a căpătat un caracter de explozie, ceea ce nu s-a observat în trecut, şi a inegalităţii sociale în aprovizionarea cu bunuri materiale, inclusiv cu alimente. Conform datelor ONU numai 1/4 din populaţie se bucură de o alimentaţie normală; 30–40 mln. de oameni anual mor de foame. Suferă de foame 300–500 milioane. Aici are importanţă şi inegalitatea reprezentării produselor alimentare. În ţările unde locuieşte 1/3 din populaţie (Europa, America de Nord) se produc 3/4 din toate produsele alimentare, în timp ce în Asia, unde se află o jumătate din populaţia lumii, se produc doar 17-18%.

O problemă acută este deficitul de proteine, în special de provenienţă animală. În unele ţări revin câte 3–4 g de proteine animale pe cap de locuitor, ceea ce corespunde cu 2-3 kg de carne pe an (norma – 60-70 kg).

Deficitul proteic reflectă nivelul scăzut al economiei, al venitului naţional. Deficitul alimentar este scăzut, de asemenea, şi de puterea calorică mică a unor produse alimentare. Pentru populaţia unor state din Asia, Africa şi America de Sud acest indice abia atinge 2 200 calorii/zi. Insuficienţa proteinelor acţionează dăunător mai ales asupra generaţiei tinere în faza de creştere a organismului. O adevărată tragedie în ţările economic slab dezvoltate o constituie aşa boli, ca kwashiorkor, beri-beri, bolile de ochi de provenienţă alimentară ş.a.

Subalimentaţia provoacă creşterea mortalităţii generale, şi mai ales, a mortalităţii infantile. OMS, în legătură cu această problemă, afirmă următoarele: indicele mortalităţii copiilor de 1-4 ani poate fi considerat drept criteriu de evaluare al nivelului alimentaţiei în ţara respectivă după cum mortalitatea infantilă caracterizează starea sănătăţii şi nivelul social-economic al ţării. Într-adevăr, în ţările unde penuria de proteine se resimte tare, iar calorajul general este scăzut, mortalitatea infantilă alcătuieşte 30–59% din mortalitatea generală, şi invers, în ţările unde asemenea insuficienţă e rară mortalitatea infantilă alcătuieşte doar 10% din mortalitatea generală.

Soluționarea problemei penuriei de alimente este posibilă prin intensificarea agriculturii. Este suficient să se obţină pe suprafeţele agricole folosite în prezent recolte la nivelul ţărilor dezvoltate ca să se asigure cu alimente mai mult de 9 miliarde de oameni. Dacă s-ar folosi toate terenurile arabile (9,390 miliarde km^2), recoltele ar îndestula cu produse alimentare 65 miliarde de oameni, iar folosind suplimentar şi algele mărilor şi oceanelor – 290 miliarde de oameni.

Conform calculelor oceanografului L. Zenkevici productivitatea mărilor e de 1 000 de ori mai mare decât a pământului arabil. De pe o unitate de suprafaţă subacvatică se pot obţine 50 de tone de produse faţă de 4 tone de cereale care se recoltează de pe o suprafaţă terestră. În afară de aceasta, algele conţin de 4–5 ori mai multe substanţe organice decât plantele terestre. Folosirea raţională a plantelor maritime numai de pe litoralurile mărilor şi oceanelor ar îndestula cu produse alimentare 58 miliarde de oameni. Aceste date vorbesc în favoarea posibilităţilor vaste de folosire a resurselor naturale pentru asigurarea nu numai a generaţiei contemporane, ci şi a viitoarelor generaţii umane ale planetei noastre cu toate produsele alimentare necesare.

O importanţă deosebită capătă şi studierea alimentaţiei şi influenţei acesteia asupra sănătăţii anumitor grupuri de populaţie. Sunt cunoscute multe boli de provenienţă alimentară. Cauza lor este frecvent ablactarea sugarilor. Copiii în cauză suferă frecvent de boli acute ale aparatului digestiv, rahitism, pneumonie şi hipotrofie. Problema alimentării copiilor este într-adevăr o problemă medico-socială, deoarece ea se referă la generaţia tânără.

Unele investigaţii cu caracter medico-social tratează detaliat acţiunea asupra sănătăţii a regimului de alimentare al diferitor grupe sociale, atât din punct de vedere profesional, cât şi sub aspect de vârstă.

Dacă vom urmări schimbările ce au avut loc în modul de alimentare a locuitorilor din ţările economic dezvoltate în anii 60–70, vom constata că pentru ele, cu excepţia Marii Britanii şi a Suediei, au fost caracteristice mărirea puterii calorice, în special pe contul creşterii consumului de proteine şi grăsimi. O particularitate a alimentaţiei japonezilor este folosirea largă a legumelor şi zarzavaturilor.

În ultimii 70 de ani schimbări considerabile au avut loc şi în raţia alimentară a populaţiei SUA: a sporit consumul de carne, peşte, produse lactate, untdelemn,

fructe, zarzavaturi, zahăr; s-a micşorat consumul ouălor, cartofului, făinoaselor, cafelei. Consumul de unt şi grăsimi de porc a scăzut cu 74 şi 81%, în schimb s-a mărit de 2 ori întrebuinţarea untdelemnului şi de 8 ori a margarinei.

Specialiştii au formulat 7 cerinţe principale în domeniul igienei alimentaţiei:

1. A se evita supraalimentaţia, care duce la obezitate, prin micşorarea consumului de alimente şi mărirea cheltuielilor energetice.
2. A spori consumul glucidelor compuse şi a zaharoaselor naturale (fructoza, lactoza) de la 28% la 48% din caloraju1 general.
3. A reduce consumul de zahăr rafinat de la 45% la 10%.
4. A reduce consumul grăsimilor de la 42% la 30% din caloraju1 general, pe contul cărnii, ouălor, folosirii laptelui degresat.
5. A micşora cu 10% consumul de uleiuri naturale.
6. A se evita produsele bogate în colesterol, cu reducerea aportului de colesterol de la 500 la 300 mg/zi.
7. A limita consumul sării de bucătărie până la 5 g/zi.

Alimentaţia raţională este o problemă de care se preocupă savanţii din toate ţările. În Suedia, de exemplu, a fost creat un Comitet de experţi în acest domeniu. O recomandare a lor este de a micşora întrebuinţarea grăsimii de la 40% până la 30% şi a zahărului de la 18% la 10% în caloraju1 general. Cu propagarea modului raţional de alimentare se ocupă organele administrative, mass-media, sindicatele, instituţiile medicale. A sporit cu mult producţia sucurilor de fructe, a căror utilizare aici e pe primul loc în lume.

În Canada, savanţii au demonstrat că familiile cu venituri mici folosesc mai puţină carne, peşte, carne de porc ouă şi fructe. Ponderea obezilor în rândul bărbaţilor era mai mare la acei care aveau venituri mai ridicate, iar la femei – invers (ele consumă mai multe glucide – făinoase şi cartofi).

O situaţie catastrofală s-a creat în ţările în curs de dezvoltare. Dacă 10% din populaţia Globului suferă de foame, apoi insuficienţa calitativă a alimentaţiei o resimt 50% din locuitori. Se constată, în primul rând, insuficienţa albuminelor de valoare biologică completă. În majoritatea acestor ţări consumul albuminelor animale alcătuieşte doar 8 g/zi.

Toate produsele de hrană se împart în 4 grupe:

1. calorigene (400-900 kcal la 100 g de produs alimentar) – grăsimi animale, untdelemn, mezeluri, zahăr, ciocolată, halva, prăjituri;
2. produse cu putere calorică înaltă (250-400 kcal) – pâine albă, pesmeţi, crupe, macaroane, carne de vită, de porc, şuncă, brânză de vaci, smântână, îngheţată, miere, nuci, dulceaţă;
3. produse calorice (nivel obişnuit – 100-250 kcal) – pâine de secară, caimac, brânză cu 90% grăsime, carne de vită, de oaie, de porc, de iepure, scrumbie, stavrid, costraş;
4. produse cu puţine calorii (<100 kcal) – toate zarzavaturile, cartofii, fructele, laptele, brânza de vaci degresată, carnea de vită slabă, de găină, peştele – cambulă, crap, somn, şalău, ştiucă.

Consecinţa alimentaţiei incorecte este obezitatea şi alte boli. În SUA suferă de obezitate în formă gravă 4,9% din bărbaţi şi 7,2% din femei. În republicile din ex-URSS boala se înregistra la 26% din populaţie. În grupele de vârstă 40-60 de ani frecvenţa cazurilor de obezitate atingea 30%, iar la cei peste 60 de ani – 45%.

Savanţii din SUA consideră, că 60% din tumori la femei şi mai mult de 40% la bărbaţi sunt legate de alimentaţia neraţională. A fost stabilită o corelaţie directă între mortalitatea condiţionată de cancerul intestinal şi consumul abuziv de grăsimi, carne, zahăr, ouă, bere; mortalitatea din cauza cancerului stomacal s-a stabilit mai frecvent la persoanele care făceau abuz de zahăr şi produse cerealiere.

În SUA, unde au fost elaborate şi aplicate principiile alimentaţiei raţionale, cancerul stomacal este în prezent un fenomen rar, pe când la noi el ocupă locul II în structura tumorilor maligne.

În genere, alimentaţia se află pe primul loc printre factorii de risc cancerigeni (ponderea 35%), iar fumatul pe al doilea loc (30%).

Academicianul rus N.N. Trapeznikov afirmă, că azi probabilitatea de a se îmbolnăvi de boli canceroase a de 20,5% la bărbaţi şi de 16,1% la femei. În mileniul trei fiecare al treilea om va fi ameninţat de riscul de a se îmbolnăvi de cancer.

Pentru micşorarea pericolului cancerului intestinal se recomandă reducerea consumului de grăsimi, renunţarea la tot ce e prăjit, afumat. E necesar de a spori consumul produselor ce conţin celuloză (pâine neagră, zarzavaturi, fructe), a include în raţie diverse soiuri de varză, sucul căreia stimulează fermentaţia proteinelor. Celuloza ajută la evacuarea normală a intestinului, împreună cu conţinutul lui fiind înlăturaţi şi acizii biliari, care pot intensifica cancerogeneza.

Cancerul mamar şi al uterului este legat, de asemenea, de alimentaţia neraţională (supraalimentare, abuz de grăsimi). Un alt grup de boli ale căror evoluţie depinde în mod direct de alimentaţie sunt bolile cardiovasculare, care provoacă mai mult de jumătate din mortalitatea generală. S-a stabilit că în Japonia frecvenţa relativ mică a bolii coronariene este rezultatul abţinerii de la întrebuinţarea în alimentaţie a grăsimilor. Efecte negative asupra vaselor creierului are abuzul sării de bucătărie.

La rândul ei subalimentaţia cauzează creşterea numărului eclampsiilor, avorturilor, naşterilor premature, născuţilor morţi.

Un rol important se atribuie sporirii consumului de proteine de care depinde imunitatea organismului, de vitamine şi fier cu rol în procesul de producere a sângelui etc.

Probleme complicate au apărut în ultimul timp în legătură cu utilizarea îngrăşămintelor artificiale, pesticidelor, substanţelor chimice în industria alimentară.

Problema alimentaţiei publice, în afară de aspectul medico-social, capătă tot mai mult şi un caracter social-economic. Durata vieţii omului poate fi prelungită cu mult cu ajutorul dietei, ce ar conţine toate substanţele nutritive necesare, reducând însă cu o treime numărul de calorii calculate pentru masa normală a corpului.

În ultimul timp se practică tratamentul unor maladii prin înfometare. Este o metodă riscantă, care impune controlul riguros al medicilor. Se foloseşte, de asemenea, degrevarea alimentară, fiind necesar şi de această dată avizul medicului.

15.4. LOCUINŢA

O altă problemă medico-socială destul de importantă prezintă locuinţa. Se au în vedere dimensiunile ei, spaţiul locativ, confortul şi comodităţile de trai.

Nu ne vom opri asupra metodelor de estimare şi de studiere a condiţiilor microclimaterice ale locuinţelor, deoarece acestea sunt obiectul de studiu al unui com-

partiment special al igienei. Aici vom elucida doar probleme de ordin medico-social, mai ales sub aspectul influenţei locuinţelor asupra sănătăţii publice.

Amintim că locuinţa avea o importanţă vitală încă din vremurile străvechi, chiar la omul primitiv. Acesta din urmă se ascundea în peşteră (locuinţa lui), la intrarea în care ardea permanent rugul. O altă modalitate de locuit ce-i permitea omului să se apere de animalele sălbatice erau locuinţele construite pe piloni îngropaţi, pe apa vreunui lac, legate de mal prin pod, care noaptea era tras în casă.

Desigur, nu era uşor de trăit în peşteri ori în locuinţele lacustre, dar şi astăzi, când omul are posibilităţi să construiască locuinţe în blocuri moderne de tipul zgârie-norilor, apar probleme destul de complicate legate de asigurarea lui cu spaţiu locativ şi în ceea ce priveşte influenţa locuinţei asupra sănătăţii publice.

Construcţiile locative optime sunt necesare, în primul rând, pentru prosperitatea şi sănătatea omului şi a familiei sale.

Condiţiile locative nefavorabile pot contribui la răspândirea unor infecţii, bunăoară, cele gastrointestinale, ale aparatului respirator, precum şi altor boli care pot apare din cauza lipsei de apă potabilă calitativă, înlăturării imperfecte a murdăriei, existenţei insectelor, rozătoarelor etc.

Suprapopularea locuinţelor creează condiţii pentru tensionarea relaţiilor dintre locatari. În legătură cu aceasta creşte şi mai mult rolul locuinţelor ca factor important al sănătăţii publice a omului.

Comitetul de experţi al OMS apreciază noţiunea „condiţii locative sănătoase" drept existenţa locuinţei individuale pentru fiecare familie.

Condiţiile minime pe care trebuie să le prezinte orice locuinţă sunt următoarele:

a) numărul necesar de camere cu suprafaţa locuibilă utilă şi cubaj ce ar corespunde normelor sanitaro-igienice;
b) posibilitatea izolării unor membri ai familiei;
c) distribuirea camerelor astfel încât copiii şi adulţii de sex diferit (afară de soţ şi de soţie) să aibă dormitor separat;
d) aprovizionarea suficientă cu apă potabilă calitativă pentru îndestularea tuturor necesităţilor;
e) amenajarea canalizaţiei în corespundere cu regulile sanitare;
f) existenţa condiţiilor necesare pentru spălat, pregătirea mâncării şi depozitarea produselor alimentare;
g) ventilarea suficientă, excluderea prezenţei substanţelor toxice în locuinţă;
h) iluminarea naturală şi artificială satisfăcătoare.

Problema locativă în legătură cu urbanizarea şi în condiţiile economiei socialiste ineficiente, care a existat până mu demult, a devenit tot mai acută. Procesul de urbanizare cunoaşte ritmuri destul de pronunţate în Republica Moldova. Populaţia urbană către anul 1989 a crescut comparativ cu 1959 de 3,1 ori şi constituia 2 057 mii locuitori, în timp ce în ex-URSS şi în Ucraina vecină numai de 1,8 ori. Suprafaţa locativă pe cap de locuitor, în 1988, în Republica Moldova era în medie egală cu 8,6 m^2 (în fosta Uniune – 9,4 m^2, în Ucraina – 9,8 m^2).

Conform cercetărilor selective efectuate în 1989, din numărul celor care aveau nevoie de spaţiu locativ în localităţile urbane 33,7% aşteptau rândul 5-10 ani, iar 18,3% – mai mult de 10 ani.

Condiţiile locative.

Condiţiile locative determină în mare măsură nivelul de trai al oamenilor şi influenţează asupra sănătăţii lor.

S-a stabilit că morbiditatea printre persoanele care dispun de un spaţiu locativ de numai 6 m^2 pentru fiecare locatar este mai mare decât la cei cu 9 m^2. În rândul muncitorilor din industrie, care au spaţiu locativ mai mare de 9 m^2 pentru o persoană, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă e cu 10% mai mică decât la cei cu spaţiul locativ de 6–9 m^2 şi cu 20% decât la cei care dispun de un spaţiu sub 6 m^2. Cam aceeaşi proporţie se păstrează şi în cazul celor care au locuinţe proprii comparativ cu locatarii de la bloc.

Acţiunea asigurării cu spaţiu locativ asupra sănătăţii se observă şi în localităţile rurale. Condiţiile bune de trai, spaţiul locativ suficient, camerele luminoase şi temperatura optimă favorizează sănătatea copiilor, mai ales în ceea ce priveşte morbiditatea prin rahitism.

Este cunoscut şi faptul că de mărimea spaţiului locativ depinde numărul de copii în familie, precum şi nivelul mortalităţii infantile. Asigurarea populaţiei cu locuinţe în cea mai mare parte de ţări, inclusiv la noi, este neîndestulătoare. Conform datelor ONU cca 180 milioane de oameni nu au locuinţe, iar 12% trăiesc în cocioabe.

Pentru a lichida problema locuinţelor e necesar, după calculul specialiştilor ONU, de a construi în ţările dezvoltate 30 milioane, iar în ţările slab dezvoltate cel puţin 150 milioane de noi locuinţe.

Conform unei investigaţii întreprinse de OMS, în oraşul Calcuta 15% din populaţie locuiesc în prăvălii, 17% în genere sunt lipsiţi de locuinţe, iar pentru 30% revine câte o cameră la câteva familii. În genere, asigurarea cu locuinţe constituie o problemă acută pentru 63% din populaţia oraşului. E natural că neasigurarea cu locuinţe este una din cauzele principale ale morbidităţii. Din publicaţiile OMS aflăm, că în Rio-de-Janeiro din cei 830 mii de oameni, care locuiesc în fundături – 40%, suferă de dilatarea aortei din cauză că ei sunt nevoiţi să aducă apa de la mari distanţe pe dealuri înalte; 20% au fost atacaţi de tuberculoză, iar 95% – de helmintiază.

În SUA norma medie de asigurare cu suprafaţă locativă utilă e de aproximativ 48 m^2. Fiecare locuinţă e compusă în medie din 5,1 camere. Fondul de locuinţe este într-un volum de 80% asigurat cu încălzire centralizată, 75% au canalizare, 90% din locuinţe sunt telefonizate.

J. Yarnell afirmă, că morbiditatea prin boli ale aparatului respirator la copii şi indicii morbidităţii din cauza acestor boli sunt strâns legate de suprapopularea locuinţelor, de numărul şi suprafaţa camerelor.

Conform datelor OMS, există un raport invers proporţional între cubatura aerului ce revine la 1 locatar, numărul de bacterii pe care le conţine acest volum de aer (inclusiv bacteriile cavităţii bucale şi nazale, spre exemplu streptococul) şi numărul cazurilor de îmbolnăvire.

În blocurile cu multe etaje concentraţia bacteriilor în aerul din încăperi e mai mare decât în casele cu 1 sau 2 etaje. În casele cu multe etaje sunt mai frecvente cazurile de boli psiho-neurologice şi boli respiratorii acute. Aceasta se explică prin faptul că pe măsură ce se măreşte numărul etajelor se înrăutăţeşte componenţa chimică şi proprietăţile fizice ale aerului. Temperatura la etajul 12 se măreşte cu 5°,

umiditatea aerului cu 8,3%, concentraţia oxidului de carbon e 66,6%. În comparaţie cu etajul 1, la etajul 12 numărul firelor de praf la 1 m^3 de aer este pe palier de 5 ori mai mare.

Morbiditatea din cauza bolilor cardiovasculare, afecţiunilor aparatului respirator şi ale sistemului nervos depinde şi de existenţa spaţiilor verzi în oraşe.

Sursele de poluare a atmosferei locuinţelor sunt multiple. Ele rezultă din activitatea vitală a omului: substanţele eliminate în timpul pregătirii hranei, fumatului sau emanate din materialele de construcţie, mobilă sau îmbrăcăminte. Un pericol oarecare îl pot prezenta şi mijloacele de igienă personală, produsele cosmetice, deodorantele şi dezinfectantele, detergenţii etc. Se va lua în considerare faptul că din cauza spaţiului mic al locuinţelor, chiar şi cantităţi nu prea mari de substanţe toxice pot crea concentraţii destul de mari.

În concluzie, menţionăm că factorii sociali – munca, odihna, alimentaţia şi locuinţa, din punct de vedere metodic, au fost examinaţi izolat unul faţă de altul în mod intenţionat, pentru a evidenţia mai clar rolul lor asupra sănătăţii publice. În realitate toţi aceşti factori acţionează în ansamblu.

De exemplu, când e vorba de alimentaţie nesatisfăcătoare, la persoanele în cauză, ca regulă, şi condiţiile locative sunt proaste, ele dispun de mijloace băneşti modeste, şi alţi factori sociali nu corespund condiţiilor optime. Aceasta se explică prin faptul că există o evidentă interconexiune şi interdependenţă între condiţiile de viaţă, nivelul de trai şi sănătatea omului.

Desigur, că interconexiunea factorilor sociali, această legitate nestrămutată, impune necesitatea unui studiu medico-social complex, care ar evidenţia acţiunea multiplelor cauze şi factori, ce determină sănătatea populaţiei în ansamblu.

BIBLIOGRAFIE

1. Afilon Jompan. Medicina familiei. Cartea medicului de familie. Editura Helicon. Timişoara, 1997, – 190 pag.
2. Armean P.: Managementul calităţii serviciilor de sănătate, Bucureşti, 2002.
3. Armean P.: Management sanitar: noţiuni fundamentale de Sănătate publică, Bucureşti, 2004.
4. Baron T., Anghelache C., Ţiţan Emilia. Statistică. Editura economică, 1996, – 168 pag.
5. Baron T., Biji E., Tovissi L. ş.a. Statistica teoretică şi economică.-Bucureşti. 1996, – 518 pag.
6. Bill Scott. Arta negocierilor. Editura tehnică. Bucureşti, 1996.
7. Bocancea C., Neamţu G., Elemente de asistenţă socială, Ed. Polirom, Iaşi, 1996, – 207 pag.
8. Carta de la Ljubljana referitoare la reforma sistemelor ocrotirii sănătăţii în Europa. Organizaţia Mondială a Sănătăţii. Biroul Regional pentru Europa. Copenhaga, 1996, – 6 pag.
9. Ciobanu Gh. Asistenţa medicală de urgenţă în Republica Moldova. Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe Medicale 1 (10) 2007, Chişinău, p. 7–33.
10. Ciobanu Gh. Fortificarea Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă în Republica Moldova în anii 2006-2010. Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe Medicale 1 (10) 2007, Chişinău, p. 199–211.
11. Conferinţa Internaţională pe Asistenţa Medicală Primară. Alma-Ata, 1978 – 137 pag.
12. Contract-cadru din 18.XII.2002 privind condiţiile acordării asistenţei medicale spitaliceşti, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar, precum şi a serviciilor de recuperare a sănătăţii, în cadrul Sistemului de asigurări sociale de sănătate.
13. Dale Carnegie. Secretele succesului. Cum să vă faceţi prieteni şi să deveniţi influent. Editura Curtea Veche, Bucureşti, 1997.
14. Declaraţia Universală a drepturilor omului. - ONU, 1948, – 83 pag.
15. Dezvoltarea asistenţei medicale primare. Consolidarea managementului sănătăţii în Moldova/ Plan de acţiuni/ TACIS, MS R. Moldova. 1997, –119 pag.
16. Dezvoltarea Asistenţei Medicale primare. Consolidarea Managementului Sănătăţii în Moldova / Tacis / Plan de acţiuni. – Swede Health, 1997, – 153 pag.
17. Duda Rene. Sănătate Publică şi Management. – Iaşi: Moldtip, 1996, – 213 pag.
18. Enăchescu D. Medicina socială. Elemente de biostatistică. Bucureşti, 1990. – 204 pag.
19. Enăchescu D. Medicină socială note şi suporturi de curs. – Bucureşti, 1992, – 196 pag.
20. Enăchescu D., Marcu G. – Sănătate Publică şi Management – Bucureşti: Editura ALL, 1994, – 234 pag.
21. Enachescu D. Tratat de igiena mintală – Collegium Polirom 2004, ediţia a III-a, –374 pag.
22. Eţco C., Goma L., Reabov E. şi al. Economia ocrotirii sănătăţii. –Chişinău, 2000. –376 p.
23. Fisher Rober, Ury William, Patton Brucei. Succesul în negocieri. Cluj-Napoca. Editura Dacia, 1995.
24. Gherguţ. Alois. Managementul serviciilor de asistenţă psihopedagogică şi socială: ghid practic / Alois Gherguţ. – Iaşi: Polirom, 2003, – 208 pag.

25. Ghid al serviciilor de planificare familială. / E. Gladun, V. Moşin, M. Strătilă şi col.; Editat cu sprijinul UNFPA. – Chişinău, 2000, – 284 pag.
26. Grossu Iu. Învăţământul medical superior şi ştiinţa medicală în Sistemul universitar şi cel al Ocrotirii sănătăţii din Republica Moldova. CEP Medicina, 2000, – 60 pag.
27. Holdevici I. Psihoterapia de scurtă durată, Bucureşti, 2004.
28. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1114 din 09.12.97 Despre dezvoltarea sectorului primar de asistenţă medicală.
29. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 749 din 4.08.99 mun. Chişinău. Pentru aprobarea actelor normative despre executarea Legii privind minimul de asistenţă medicală gratuită, garantat de stat.
30. Ilicea Eugeniu. Medicina familiei. Editura Fundaţiei Academice, V. Voiculescu, 2001, – 511 pag.
31. Jan Cornelis van Es. Medicul de familie şi pacientul său. Manual pentru medicul de familie. Editura LIBRA. Bucureşti, 1997, – 495 pag.
32. Jana Chihai, A. Nacu, Larisa Boderscova. Sănătatea Mintală şi medicina generală: noţiuni de bază, repere pentru colaborare şi sisteme de referinţă (Ghid pentru medici de familie) / Chişinău, 2003.
33. Jean – M. Hiltrop, Sheila Udall. Arta negocierii. Editura Teora, 1998.
34. Legea ocrotirii sănătăţii // Monitorul oficial al Republicii Moldova. – 1995, - nr. 34 (55) – p. 3.
35. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală. –nr. 1585-XIII din 27.02.1998.
36. Legea Republicii Moldova „Privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei". – nr. 14.13-XII din 16.06.1993.
37. Managementul asistenţei medicale primare în Republica Moldova / Dumitru Tintiuc, Victor Savin, Corina Moraru, Lucia Stadler; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu". – Ch.: Gunivas, 2005, – 280 pag.
38. Managementul financiar al sistemului sănătăţii / I. Mereuţă, V. Cojocaru, C. Eţco, V. Gherman, S. Lupu. – Ch.: „Info-med", 2003, Tip. AŞ RM. – 173 pag.
39. Marcu Aurelia, Marcu Gr.M., Vitcu Luminiţa, ş.a. Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate. Institutul de Sănătate Publică - Bucureşti, 2002, – 299 pag.
40. Marcu M., Mincă Dana. Sănătate Publică şi Management Sanitar. Note de curs pentru învăţământul postuniversitar. Editura universitară „Carol Davila". – Bucureşti. 2003, – 366 pag.
41. Monitorul Oficial nr. 623 din 22 august 2002. Hotărârea nr. 826 din 31 iulie 2002 pentru aprobarea Strategiei naţionale privind reforma în unităţile sanitare cu paturi din România.
42. Monitorul Oficial nr. 104 din 19 februarie 2003, ORDIN Nr. 29 din 20 ianuarie 2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România.
43. Monitorul Oficial nr. 1034 din 27 decembrie 2006, Hotărârea nr. 1842 din 21.XII.2006 – partea II: pentru aprobarea Contractului-cadru privind condiţiile accordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007 din România.
44. Medicina de familie – veriga primordială a reformării sistemului de sănătate // Materialele congresului I al medicilor de familie din Republica Moldova – Chişinău, 2000. – 95 pag.
45. Medicii de familie din Republica Moldova, Congresul II al Medicilor de familie din Republica Moldova: . 25-26 oct. 2006/ col. red.: Gr. Bivol, . – Ch.: USMF, 2006 (CEP Medicina). – 186 pag.
46. Mereuţă I., Popuşoi E., Eţco C., Eftodi M. Sănătatea publică şi managementul în medicină. – Chişinău, 2000. –367 p.

47. Moldovan Mona, Dragomirişteanu Aurora, Mihăescu-Pinţia Constanţa, ş.a. Management pentru medicul de familie. - Bucureşti, 2002, – 150 pag.
48. Moraru Corina. Studiul morbidităţii familiilor rurale şi organizarea asistenţei medicale primare prin intermediul medicului de familie: Autoreferatul tezei de d.ş.m. 14.00.33. – Chişinău, 2003, – 22 pag.
49. Moşneaga T. Concepţia de dezvoltare şi reformare a sistemului sănătăţii în Republica Moldova în condiţiile social-economice noi. // Strategia de dezvoltare şi reforme a sistemului sănătăţii din Republica Moldova în condiţiile economice noi. – Chişinău: T.C.I., 1995, – p. 1-7.
50. Mureşan P. Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate. Bucureşti, 1989, – 574 pag.
51. Noroc D., Friptu N., Noroc A., Borş D., Stempovschi Elena. Particularităţile organizării asistenţei medicale primare pe principiul medicului de familie în condiţiile economice noi (recomandări metodice). – Chişinău, 1999, – 20 pag.
52. Olteanu M.: Renaşterea Sistemului Sanitar: printr-o reformă bazată pe dovezi, Bucureşti, 2005.
53. Ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova nr. 200 "Privind reforma medicini primare în R. Moldova" din 19 august 1997.
54. Ordinul Ministerului Sănătăţii Nr. 309 din 06.11.2002 "Cu privire la elaborarea Concepţiei Sistemului Informaţional Medical Integrat". - Chişinău. – 1998.
55. Ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova Nr. 163 "Referitor continuităţii reformelor asistenţei medicale primare pe principiul medicului de profil general / de familie" din 21.05.1998.
56. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 190 din 23 iunie 2003.
57. Organizarea serviciilor pentru sănătatea mintală / Proiectul de Sănătate Mintală a Pactului de Stabilitate „Sporirea Coeziunii Sociale prin Fortificarea Serviciilor Comunitare de Sănătate Mintală în ţările Europei de Sud-Est". Organizaţia Mondială a Sănătăţii, 2003, – 284 pag.
58. Ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova Nr. 190 "din 23 iunie 2003 „Cu privire la instituirea structurii sistemului sănătăţii raionale / municipale".
59. Pantea V. Starea igienică a obiectivelor – argumente şi priorităţi pentru ameliorarea sănătăţii publice./ Medicina preventivă-strategie oportună a sistemului de sănătate, - Tip. Sirius-Chişinău, 2005, 332-335 pag.
60. Pantea V., Cotorcea A., Starea sănătăţii populaţiei raionului Briceni, factorii care o determină şi măsuri de prevenţie. /Medicina preventivă-strategie oportună a sistemului de sănătate, Tip. Sirius-Chişinău, 2005, 335-339 pag.
61. Principles of Epidemiology. An Introducion to Appleid Epidemiology and Biostatistics. // - CDC,Atlanta-SUA, -Ediţie didactică, specială / Multiplicată în CNŞPMP cu susţinere financiară şi tehnică a reprezentanţei UNICEF şi Guv. Japoniei, (Traduc.din eng.) a. 1999, – 424 pag.
62. Rugină Valeriu. Curs de medicină socială. –Iaşi, 1986. –483 p.
63. Rusu A. Etapele de reformare şi strategiile de dezvoltare continue a sistemului sănătăţii al Republicii Moldova. //"Politici ale reformelor sistemelor de sănătate şi îngrijirile în sistemul primar în România şi ţările est-europene". 15-18 .11.2000, Sinaia//Buletin Informativ pentru Medicii de Familie. №11. Vol. 3. Ed. Colegiul Medicilor Iaşi, România. – 2000.
64. Savin V. Consolidarea asistenţei medicale primare în condiţii urbane. Autoreferatul tezei de d.ş.m., 14.00.33. – Chişinău, 2003. – 22 pag.
65. Spinei L., Popuşoi E. Handicapul infantil ca problemă medico-socială. – Chişinău, 2000. – 208 p.
66. Starea sanitaro-igienică şi epidemiologică. //Anuar statistic privind indicii de activitate a Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat al Republicii Moldova, / Ed. CNŞPMP, a. 1992-2002.

67. Statistica / red. prof. dr. L. Tovissi ş.a./ ASE, Bucureşti, 1981, –552 pag.
68. Stephen R. Covey Eficienţa în 7 trepte sau un abecedar al înţelepciunii. Editura ALL, Bucureşti 1997.
69. Tintiuc D., Eţco C. Grossu Iu. ş.a., Sănătate Publică şi Management, CEP Medicina, Chişinău, 2002, – 720 pag.
70. Tulchinsky T. H. Noua sănătate publică: introd. în sec. XXI / H. Th. Tulchinskz; trad din engl. de Alexandru Jalbă, Pavel Jalbă. – Ch. Ulzsse, 2003, – 744 p.
71. Tulchinsky Th.H., Varavicova E.A. Noua Sănătate Publică. Introducere în secolul XXI. Ed. Combinatul Poligrafic, Chişinău, 2003, 695 pag.
72. Vlădescu C., Mioara Predescu, Em. Stoicescu – Sănătate publică şi management sanitar. - Bucureşti: Ed. EXCLUS s.r.l., 2002, – 187 pag.
73. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. – 1979. - Т. 33. - № 3 – С. 123-156.
74. Баганенко С.Ф., Верткин А.Л., Мирошниченко А.Г., М.Ш. Хубутия Руководство по скорой помощи. Изд. «ТЭОТАР–Медиа», 2007, стр.1-23.
75. Бивол Г. Эволюция подготовки врачей общей практике в Республике Молдова и их роль в развитии первичной медицинской помощи.// Российский семейный врач.- 2000. -№1. стр. 68-69.
76. Бурдаев В.П., Полюдов С.И. "Кластерный анализ в социально-гигиенических исследованиях " / АН МССР Институт математики с ВЦ /- Кишинев, 1986, –52 с.;
77. Воблый К. Г. Статистика. Пособие для учащихся и самообразования. Киев, 1924. – 288 с.
78. Вучков И., Бояджиева Л., Солаков Е. "Прикладной линейный регрессионный анализ"/ перевод с болгарского- М.:"Финансы и статистика", 1987, –239 с.
79. Гладун Е. В., Мошин В. Н., Гропа С. А. Планирование семьи и репродуктивное здоровье: Руководство для акушеров-гинекологов и семейных врачей – Ch.: S.n. 2002, Tipografia „Метромаш". – 352 с.
80. Здоровье 21 – Вступление к политике достижения здоровья для всех в Европейском регионе. - Всемирная Организация Здравоохранения. Европейский Региональный Комитет. EUR/RC 48/9. Копенгаген, 1998, – 26 с.
81. Корнилов И.А., Токарев В.П. "Методы математического программирования в решении задач оптимизации при управлении здравоохранением" / под ред. к.т.н. В. М. Тимонина-Москва, 1982 – 69 с.
82. Коротков Ю.А. Научные основы реформирования первичного звена здравоохранения на принципах обшей врачебной / семейной практики: Автореф. дис... д.м.н.: 14.00.33 / НИИСГОЗ им. Н.А. Семашко - М., 1999. – 46 с.
83. Лисенков А.Н. "Математические методы планирования многофакторных медико-биологических экспериментов" / -Москва, Из-во Медицина,-1979-343 с.
84. Математические методы в социологическом исследовании/ отв.ред. Т.В.Рябушкин - Из-во Наука, 1981, –334 с.
85. Михайлович В.А., Мирошниченко А.Г. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. 3-е изд. Изд. «Невский диалект», 2001, стр. 16-90.
86. Обмен опытом развития медико-санитарной помощи населению // Хроника ВОЗ. – 1984. – Т. 38, № 5. стр. 37- 40.
87. Оценка стратегии достижения здоровья для всех к 2000г. - Женева, ВОЗ, 1987. –144 с.
88. Полюдов С.И., Морошану М.И. Проектирование компьютерных технологий в здравоохранении/ МЗ Р.Молдова, ГМУ им. Н. Тестемицану/ -под ред. проф. И.Ф. Присакарь- Кишинев,1983, –148 с.;

89. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения/ - под ред. проф. Ю.П.Лисицына - Москва, Из-во Медицина, 1987- том. 1, 432 с., том 2. 463 с.
90. Рациональное размещение медицинских учреждений в Молдавской ССР на перспективу. / Тестемицану Н.А., Раевский М.И., Тинтюк Д.В. и др. / Отв. Ред. Присакарь И.Ф. – Кишинев: Штиинца, 1983. – 275 с.
91. Серенко А.Ф., В.В. Ермакова, Социальная гигиена и организация здравоохранения. / 2-е изд. – М.: Медицина, 1984. - 640 с.
92. Сафар П., Бичер Н.Дж. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. Москва «Медицина», 2003, стр.1-14.
93. Система оценки и контроля качества деятельности центров госсанэпиднадзора и структурных подразделений центров. / Методические указания, МУ 5.1.661-97, - Москва, 1997ю
94. Случанко И.С., Церковный Г.Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения / -Москва, Из-во"Медицина",-1983- 192 с.
95. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях / под ред. проф. А.М. Мерков -Москва, -Из-во Медицина,-1968-419 с.
96. Салтман Р.Б., Фшейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М. ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
97. Сквирская Г.Л. Развитие общей врачебной / семейной практики в России. Пути активизации и совершенствования ее деятельности: Автореф. Дисс. … к.м.н. 14. 00. 33. – М., 1999. – 27 с.
98. Тестемицану Н.А. – Пути сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению. – Кишинев: Штиинца, 1974. – 305 с.
99. Тестемицану Н.А., Пасечник И.И., Гутцул В.И. Пути сближения уровней амбулаторно-поликлинической помощи городскому и сельскому населению. – Кишинев: «Штиинца», 1987. – 128 с.
100. Тестемицану Н.А., Раевский М.М., Тинтиюк Д.В. Рациональное размещение медицинских учреждений в Молдавской ССР на перспективу. – Кишинев: «Штиинца», 1983. – 183 с.
101. Тестемицану Н.А., Тинтюк Д.В. Пути сближения уровней стационарной помощи городскому и сельскому населению. – Кишинев: «Штиинца», 1987. – 125 с.
102. Типология и классификация в социологических исследованиях/ под ред. к.ф.н. В. Андреенков, к.э.н. Ю.Н.Толстова/ -Из-во Наука,1982-296 с.
103. Хименко Л.Р., Руководство по скорой медицинской помощи, Киев «Здоровья», 1991, стр. 5-14.
104. Хромченко О.М., Куценко Г.И. /Санитарно-эпидемиологическая служба - Москва, Из-во Медицина, -1990- 272 с.
105. Хей Дж. Введение в методы байесовского статистического вывода/перевод с англ.- М.: Финансы и статистика, 1987-335 с.
106. Хубрих В. Развитие первичной медико-санитарной помощи в Европе. // От Алма-Аты к 2000 году – взгляд с половины пути: Сб.ст. – М. Медицина, 1988. - С. 31-39.
107. Чекман И.С., Скорая и неотложная медицинская помощь, Киев «Здоровья», 2002, стр.5-28.
108. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях/ -Москва, Из-во Медицина, 1986-208 с.
109. American Heart Association Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care International consensus on science Supplement to Circulation, Vol.102, Nr.8. August 22. 2000 pp 1-21.

110. Abas Metal (1995) Health service and community/based responses to mental ill-health in urban areas. In: Harpham T, Blue I, eds. Urbaniyation and mental health in developing countries, Avebury Aldershot.
111. Blettery B., Urgence Four les praticien Ed. MASSON 2002, pp 1-26.
112. Ben-Tovim DJ (1987) Develoment psychiatry: mental health and primary health care in Botswana. London: Tavistock Publications.
113. Cameron P., Jelinek Gh., Everitt I., et.al. Textbook of Paediatric Emergency Medicine Ed. Churchill Livingstone Elsevier, 2006, pp 13< 465-475.
114. Degoulet P., Fieschi M.: Informatigue medicale, III–e Edition, Masson, Paris, 1998.
115. Freeman M (2000) Using all opportunities for improving mental health examples from South Africa. Bulletin of the World Health Organization, 78:508-10.
116. Grand Larousse Universel nr.8, Paris, 1993.
117. Grand Larousse en 10 volumes, Larousse, Paris, 1990.
118. Jacob KS (2001) Community care for people with mental discorders in developing countries. Problems and possible solutions. British Journal of Psychiatry, 178: 296-8.
119. Memo, Vol. I, Larousse, Paris, 1999.
120. Memo Universal, Larousse, Paris, 1993.
121. Managing risk using index-linked catastrophic loss securities./ By J. David Cummins, David Lalonde, Richard D. Phillips, WEB-2002,-37 pag.
122. Murthy SR (1998). Rural psychiatry in developing countries. Psychiatric Services, 49: 967-9.
123. Național Academy of Sciences, National Research Council: Accidental Death and Disability, the Neglected Disease of Moderm Society. Division Medical Sciences – National Academy of Sciences, Washington DC, 1966.
124. Petit Larousse 2003, Larousse, Paris, 2002.
125. Pantridge J.F., Geddes J.F: Amobile intensive care unit in the management of myocardial infarction. Laneet 2:271, 1967.
126. Parson P.Э., Wiener-Kronish J.P. Critical Care Secrets Third Ed. HANLEY BELFUS. INC. Philadelphia, 2003, pp 588-605.
127. Primary Health Care reforms. Fifth Forum on Primary Health Care Development in Southen Europe and its relevance to countries of Central and Easten Europe – the Way Forward., 1993. – 117 p.
128. Quid 2005, de Dominique et Michele Fremi, Editions Robert Loftont, 2004.
129. Schwartz G.R., Cayten C.G., Mandelsen M.A., et. al. Principles and Practice of Emergency Medicine Third ed. Vol.II, Lea Febiger, 1992, pp 3115-3343.
130. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation and policy, Baltimore, Johns Hopkins University, 1992. – 46 p.
131. Tintinalle J.E., Krome, R.L., Ruiz E. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, McGRAW-HILL, INC. third Edition, 1992, pp 189-197.
132. The disability-adjusted life year (daly) definition, measurement and potential use*./ By Nuria Homedes, 2000, WEB- page.
133. Trisnantoro L (2002) Decentraliyation policy on public mental hospitals in Indonesia> a financial perspective. Paper presented at the seminar on Mental Health and Health Policy in Developing Counteriea (15 may 2002). Harvard University.
134. Targets for health for all. The health policy for Europe. Summary of the updated edition, September 1991. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document EUR/ICP/HSC 013).
135. Tarimo E., Webster E.G. Primary Health Care: Concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata Revisited. – Geneva: WHO. - 341 p.

136. Vohlnen, I. et al. Re-organizing primary medical care in Finland: the personal doctor program. // Health policy, 13: 65-79 (Volovei V., Tintiuc D., Rusu A. Strategia de dezvoltare şi reformare a sistemului sănătăţii din Republica Moldova în condiţiile noi. – Chişinău: TCI, 1995. - 55 p. 989).
137. Watt W.D. Le medecin de famille: Gardien du systeme de soins. Canad. Fam. Physician. – 1987. – 33. - № june. – P. 1359-1362.
138. Wienke G.W. Boerma, Frans A.J.M. de Jong, Peter H. Mulder. Health care and general practice across Europe. Utrecht Netherlands Institute of Primary Health Care, 1993. – 127 p.
139. World Health Organization, Primary health care developments in Czechoslovakia. Report on a workshop held in Brno. - Copenhagen: WHO, 1991 – 23 p.
140. http://209.85.135.104/search?q=cache:qBj208R5QioJ:www.cs.ro/dsp/Munteanu%2520Eugen.doc+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=50&gl=md&lr=lang_ro
141. http://209.85.135.104/search?q=cache:OTluzv5BXAkJ:www.pnl.ro/index.php%3Fid%3Dprint%26ArtID%3D1418+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=52&gl=md&lr=lang_ro
142. http://209.85.135.104/search?q=cache:w5yYx1OJ6blJ:www.postamedicala.ro/info-pult/noutati-legislative/lege-nr.-95-din-14-aprilie-2006-privind-reforma-in-domeniul-sanatatii.html+principii+functionare+spital&hl=ro&ct=clnk&cd=65&gl=md&lr=lang_ro
143. http://www.unibuc.ro/eBooks/StiinteADM/secretariat/12.htm
144. http://www.unibuc.ro/eBooks/StiinteADM/management/4.htm
145. http://www.emedic.ro/Legislatie/31.htm
146. http://www.oamr-nt.go.ro/legea952.doc
147. http://www.postamedicala.ro/info-pult/noutati-legislative/legea-spitalelor.html
148. http://209.85.135.104/search?q=cache:8UgOdZMS9DAJ:www.cdep.ro/comisii/sanatate/pdf/1998/pv0624.pdf+spital+sistemul+de+organiyare&hl=ro&ct=clnk&cd=1&gl=md&lr=lang_ro
149. http://www.stirimedicale.ro/stiri.php?cat=5&id=2075
150. http://ro.wikipedia.org/wiki/Psihologie_clinic%C4%83#PSIHOLOGIE_CLINIC.C4.82_.C5.9EI_MEDICAL.C4.82
151. http://omniasig.oltenia.ro/Html/lexic/lexic.htm
152. http://www.stetoscop.ro/arhiva/2005/38/medlex.php
153. http://www.hospitals.be/francais/loihop/index.html
154. http://www.lrqa.fr/frsite/template.asp?name=fr_sante_securite#principes_cles
155. http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=1231&p=18&r=104&fr
156. http://www.hospitals.be/francais/loihop/index.html
157. www.2.cmb.ro/cfmr/8.doc
158. http://www.pnl.ro/index.php?id=platforma&offset=7
159. http://www.cjasmh.ro/
160. http://www.soim.ro/solutii/index.htm#med
161. http://www.medfam.ro/modsis/article.php?sid=154
162. http://www.medfam.ro/modsis/article.php?sid=24
163. www.ms.ro/afis/dbdown.asp?ID=1948

CUPRINS

PREFAȚĂ

Sănătatea publică şi Managementul ca ştiinţă şi obiect de studiu

Aspecte istorice 5
Noua Sănătate publică: scopul, sarcinile, principiile 7
Medicina socială: sarcinile şi metodele de investigaţie 10
Principiile de bază ale Ocrotirii sănătăţii în Republica Moldova 12

PARTEA I

BIOSTATISTICA ŞI METODELE DE STUDIU ALE SĂNĂTĂŢII PUBLICE

Capitolul 1
Bazele teoretice şi metodologice ale biostatisticii 15
1.1. Scurt istoric 15
1.2. Noţiuni generale 16
1.3. Metode de cercetare 18
1.4. Totalitatea statistică 20
1.5. Elemente de Teorie a probabilităţii 21
1.6. Eşantionajul 23
1.6.1. Teoria selecţiei 24
1.6.2. Mărimea eşantionului reprezentativ 25
1.7. Calcularea indicatorilor statistici 26
1.7.1. Valorile relative 26
1.7.2. Seria variabilă. Valorile medii 30
1.7.3. Seria cronologică şi analiza ei 32
1.8. Testarea certitudinii valorilor relative şi medii 35
1.8.1. Eroarea standard 35
1.8.2. Eroarea standard a valorilor relative 35
1.8.3. Eroarea standard a mediei aritmetice 36
1.8.4. Intervalul de încredere 37
1.8.5. Diferenţa semnificativă dintre două valori medii sau relative 38
1.8.6. Compararea valorilor absolute sau a distribuţiilor de frecvenţă - testul χ^2 38
1.8.7. Standardizarea prin metoda directă 46

1.9. Analiza corelaţiei dintre fenomene şi semne 49
1.9.1. Calcularea coeficientului de corelaţie 50
1.9.2. Interpretarea coeficientului de corelaţie 52
1.9.3. Eroarea coeficientului de corelaţie lineară 53
1.9.4 Corelograma 53
1.9.5. Corelaţia multiplă 54
1.9.6 Corelaţia rangurilor (Spearman) 54
1.9.7. Coeficientul de asociere 56
1.10. Regresia 56
1.11. Alte metode statistico-matematice de analiză a informaţiei 58
1.12. Prezentarea materialului statistic 61
1.12.1. Prezentarea prin tabele 61
1.12.2. Reprezentarea grafică a datelor statistice 63
1.13. Organizarea cercetării statistice 66

Capitolul 2
Aplicarea metodelor epidemiologice de studiu în Sănătatea Publică 70
2.1. Istoric. Aspecte generale 70
2.2. Epidemiologie. Definiţie, obiective, domenii de aplicare 71
2.3. Nivelele cercetării epidemiologice 73
2.4. Metodele de cercetare utilizate în epidemiologie 73
2.5. Metodologia anchetelor descriptive 75
2.6. Anchete epidemiologice prospective 76
2.7. Anchete epidemiologice prospective de tip 2 77
2.8. Anchete epidemiologice analitice retrospective 78
2.9. Avantajele şi dezavantajele diferitor tipuri de anchete epidemiologice analitice 80
2.10. Anchete epidemiologice experimentale şi operaţionale 81
2.11. Metodologia anchetelor epidemiologice experimentale 82

Capitolul 3
Sănătatea populaţiei şi metodele de studiere a ei 85
3.1. Demografia medicală 85
3.1.1. Aspecte generale 85
3.1.2. Modalităţi de culegere a datelor şi informaţiilor în demografie 86
3.1.3. Conceptele fundamentale cu care operează demografia 86
3.1.4. Metode generale de măsurare a fenomenelor demografice 87
3.1.5. Statica populaţiei 89
3.1.5.1. Numărul populaţiei 90
3.1.5.2. Densitatea populaţiei 92
3.1.5.3. Structura populaţiei după mediul de reşedinţă 92
3.1.5.4. Structura populaţiei pe sexe 93
3.1.5.5. Structura populaţiei pe grupe de vârstă 94
3.1.5.6. Structura populaţiei în funcţie de starea civilă 96
3.1.5.7. Repartiţia populaţiei în funcţie de participarea la viaţa economică 97
3.1.5.8. Implicaţiile staticii populaţiei 98
3.1.6. Dinamica populaţiei 100
3.1.6.1. Mişcarea naturală a populaţiei 100
3.1.6.1.1. Măsurarea natalităţii şi fertilităţii 101
3.1.6.1.2. Măsurarea mortalităţii 105
3.1.6.1.3. Măsurarea mortalităţii infantile 109
3.1.6.1.4. Durata medie a vieţii 116
3.1.6.2. Mişcarea mecanică (migratorie) a populaţiei 117
3.1.7. Îmbătrânirea populaţiei. Elemente de gerontologie medico-socială 117

3.2. Morbiditatea populației 129
3.2.1. Metodele de studiere a morbidității 131
3.2.2. Morbiditatea studiată prin metoda adresabilității 131
3.2.2.1. Morbiditatea generală 131
3.2.2.2. Morbiditatea infecțioasă 134
3.2.2.3. Morbiditatea neepidemică 135
3.2.2.4. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă 136
3.2.2.5. Morbiditatea spitalicească 137
3.2.3. Studiul morbidității în baza rezultatelor examenelor medicale 138
3.2.4. Studiul morbidității în baza cauzelor deceselor 140
3.2.5. Morbiditatea copiilor din mediul rura 141
3.2.6. Clasificarea internațională a maladiilor 144
3.3. Dezvoltarea fizică 147
3.3.1. Noțiuni generale 147
3.3.2. Evaluarea dezvoltării fizice a copiilor 148
3.3.3. Factorii dezvoltării psiho-somatice a copilului 149
3.3.4. Etapele și perioadele de dezvoltare a copilului 151
3.3.5. Caracteristica somato-funcțională și psiho-emoțională în perioadele de dezvoltare a copilului 153
3.3.6. Prelucrarea statistică a datelor dezvoltării fizice 157
3.3.7. Accelerația dezvoltării fizice 161
3.3.8. Dezvoltarea fizică a copiilor și adolescenților în Republica Moldova 162

PARTEA II

MANAGEMENTUL ÎN DOMENIUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Capitolul 1
Managementul în sistemul de sănătate 164
1.1. Introducere în management. Noțiuni generale 164
1.2. Sarcinile managementului 169
1.3. Funcțiile managerului 170
1.4. Concepțiile și principiile managementului 173
1.5. Factorii determinanți ai managementului 176
1.6. Autoritatea și responsabilitatea 178
1.7. Tipuri și mecanisme de luare a deciziei. Teoria deciziei 184

Capitolul 2
Managementul organizațional în sfera serviciilor de sănătate 188
2.1. Definiție. Obiectivul managementului organizației și factorii eficienței organizaționale 188
2.2 Activități ale managementului organizațional 189
2.3. Cultura organizațională 193
2.4. Managementul culturii organizaționale 196
2.5. Managementul echipei – componentă a managementului culturii 197
2.6. Managementul flexibilității 198
2.7. Managementul timpului de lucru 199

Capitolul 3
Managementul schimbării în procesul de dezvoltare a sistemului de sănătate 202
3.1 Definiţie. Noţiuni generale 202
3.2. Descrierea managementului schimbării 204
3.3. Caracteristicile schimbării 206
3.4. Ghid pentru managementul schimbării 208

Capitolul 4
Managementul proiectelor 210
4.1. Etapele generale ale managementului proiectelor 210
4.1.1. Definirea proiectului şi colectarea informaţiei 210
4.1.2. Definirea obiectivelor 211
4.1.3. Generarea de soluţii alternative 212
4.1.4. Judecarea alternativelor 212
4.1.5. Planificarea acţiunilor 212
4.1.6. Realizarea acţiunilor 215
4.1.7. Evaluarea rezultatelor 216

Capitolul 5
Managementul cercetării evaluative 217
5.1. Definiţii, concepte şi metode 217
5.2. Relaţiile dintre un program de sănătate şi evaluare 219
5.3. Evaluarea normativă 220
5.4. Evaluarea calităţii managementului în serviciile de sănătate 223
5.5. Monitorizarea şi măsurarea calităţii 225
5.6. Cercetarea evaluativă 226
5.6.1. Analiza strategică 226
5.6.2. Analiza intervenţiei 227
5.6.3. Analiza productivităţii 227
5.6.4. Analiza randamentului 228
5.6.5. Analiza efectelor 228
5.6.6. Analiza de implementare 229
5.7. Evaluarea, ca sursă de informaţii pentru procesul de luare a deciziei 229

Capitolul 6
Managementul calităţii serviciilor de sănătate 231
6.1. Definiţia şi componentele calităţii îngrijirilor de sănătate 231
6.2. Managementul calităţii. Abordare generală 232
6.3. Managementul calităţii serviciilor medicale 235
6.3.1. Componentele esenţiale ale managementului calităţii 236
6.3.2. Modelele de proces în managementul calităţii 237
6.4. Argumente pentru implementarea managementului calităţii în serviciile medicale 238
6.5. Criterii medicale de evaluare 240
6.6. Ciclul PEVA 243

Capitolul 7
Managementul resurselor umane 247
7.1. Definiţii şi obiectivele managementului resurselor umane 247
7.2. Asigurarea cu resurse umane 250
7.3. Menţinerea resurselor umane 253

7.4. Dezvoltarea resurselor umane 253
7.5. Recrutarea resurselor umane 257

Capitolul 8
Managementul în economia serviciilor de sănătate 260
8.1. Introducere în economia sanitară. Definiţie şi obiect de studiu 260
8.2. Utilitatea economiei sanitare 262
8.3. Sistemul pieţei libere 263
8.4. Piaţa îngrijirilor de sănătate 266
8.5. Cumpărarea şi contractarea serviciilor de sănătate 269
8.6. Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate 271

Capitolul 9
Managementul finanţelor în sistemul sănătăţii 278
9.1. Finanţarea îngrijirilor de sănătate. Aspecte conceptuale 278
9.2. Colectarea veniturilor. Opţiuni 280
9.2.1. Finanţarea de la bugetul de stat 280
9.2.2. Asigurări private de sănătate 283
9.2.3. Asigurări sociale de sănătate 286
9.2.4. Plata directă de către consumator 288
9.2.5. Alte modalităţi de colectare a fondurilor pentru finanţarea serviciilor de sănătate 294
9.3. Mecanisme de alocare a resurselor: rambursare şi remunerare 297
9.3.1. Structura sistemelor de plată 297
9.3.2. Alocarea resurselor orientate către populaţie 299
9.4. Mecanisme de plată 303
9.4.1. Plata per serviciu 303
9.4.2. Plata bazată pe diagnostic 304
9.4.3. Capitaţia 308
9.4.4. Bugetul global 308
9.4.5. Salariul 310
9.4.6. Plata după timpul lucrat 310

Capitolul 10
Planificarea sistemului sănătăţii 311
10.1. Planificarea sanitară 311
10.2. Necesitatea şi importanţa planificării serviciilor medicale 312
10.3. Principiile de bază ale planificării sanitare 313
10.4. Metodele şi formele de planificare 314
10.5. Etapele procesului de planificare sanitară 316
10.6. Planificarea strategică în Sistemul de sănătate 318

Capitolul 11
Bazele teoretice ale marketingului 325
11.1. Noţiuni generale 325
11.2. Funcţiile marketingului 327
11.3. Mediul de marketing 330
11.3.1. Conţinutul şi rolul mediului de marketing 330
11.3.2. Mediul intern al marketingului 331
11.3.3. Mediul extern al marketingului 334

Capitolul 12
Arta negocierilor în activitatea medicilor manageri 338
12.1. Definiţii. Etapele negocierii 338
12.2. Pregătirea negocierii sau crearea terenului pentru negocieri 338

12.3. Elaborarea strategiei de negociere 340
12.4. Începerea negocierii 340
12.5. Deschiderea negocierilor sau clarificarea poziţiilor celor două părţi 341
12.6. Negocierea efectivă 341
12.7. Încheierea negocierii 350

Capitolul 13
Sisteme de sănătate în străinătate. Organizaţia Mondială a Sănătăţii 351
13.1. Aspecte generale 351
13.2. Aspecte particulare ale sistemelor de sănătate existente în lume 353
13.2.1. Sistemul naţional de sănătate de tip Beveridge 353
13.2.2. Sistemul de sănătate bazat pe asigurări private din SUA 355
13.2.3. Asigurarea medicală obligatorie – modelul Bismarck 356
13.3. Organizaţia Mondială a Sănătăţii 361
13.3.1. Istoric 361
13.3.2. Structura OMS 361
13.3.3. Activitatea OMS 362

Capitolul 14
Tipologii şi caracteristici ale sistemelor de sănătate 364
14.1. Modelul cu plată voluntară – „din buzunar" 364
14.2. Modelul de asigurare voluntară cu rambursarea pacienţilor 365
14.3. Modelul de asigurare obligatorie cu rambursarea pacienţilor 366
14.4. Modelul de asigurare voluntară contractuală 367
14.5. Modelul public contractual 368
14.6. Modelul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor şi asigurător 369
14.7. Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizor şi asigurător 370

Capitolul 15
Managementul Asistenţei Medicale Primare 381
15.1. Introducere 381
15.2. Concepte generale 381
15.3. Evoluţia dezvoltării AMP în Republica Moldova 383
15.4. Asistenţa Medicală Primară la nivel rural 387
15.5. Asistenţa Medicală Primară la nivel urban 393
15.6. Particularităţile activităţii medicului de familie 397
15.7. Dirijarea fluxului de pacienţi în secţia de Medicină generală a CMF 406
15.8. Dispensarizarea populaţiei 408
15.9. Aspecte etice în activitatea Medicului de familie 412

Capitolul 16
Managementul Asistenţei Medicale de Urgenţă 414
16.1. Istoric. Aspecte generale 414
16.2. Dezvoltarea Medicinei de Urgenţă în Republica Moldova 423
16.3. Premisele reformării şi perfecţionării Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă 425
16.4. Obiectivele de dezvoltare a Asistenţei Medicale de Urgenţă în R. Moldova 426
16.5. Strategiile de dezvoltare a Asistenţei Medicale de Urgenţă în Republica Moldova 426
16.6. Structura organizaţională a Serviciului Asistenţa Medicală Urgentă 427
16.7. Funcţiile Serviciului Asistenţa Medicală Urgentă 429
16.8. Organizarea Asistenţei Medicale de Urgentă populaţiei la etapa de prespital 430
16.9. Organizarea activităţii Staţiei de Asistenţă Medicală Urgentă 432
16.10. Secţia operativă a Serviciului Asistenţă Medicală Urgentă 438

16.11. Organizarea activității Punctului de Asistență Medicală Urgentă 441
16.12. Conlucrarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă cu Serviciul Asistenței Medicale Primare și serviciul spitalicesc 445
16.13. Regulamentul de activitate al medicului de urgență 448
16.14. Indicii activității Serviciului Asistență Medicală Urgentă 453
16.15. Instruirea și pregătirea cadrelor în domeniul medicinei de urgență 454
16.16. Fortificarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă în Republica Moldova 456

Capitolul 17
Managementul Asistenței Medicale Spitalicești 460
17.1. Istoria dezvoltării spitalelor 460
17.2. Definirea și incursiunile conceptului de spital. Aspecte specifice Republicii Moldova 463
17.3. Clasificarea spitalelor 465
17.4. Managementul spitalicesc 469
17.5. Finanțarea spitalelor 474
17.6. Calitatea asistenței medicale spitalicești 476
17.7. Indicii de analiză a activității staționarului 480
17.8. Acreditarea spitalelor 482
17.9. Farmacia spitalului 483
17.10. Inginerie biomedicală. Gospodărie 484
17.11. Reforme 486

Capitolul 18
Ocrotirea sănătății mamei și copilului 489
18.1. Caracteristica generală a Sistemului ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului 489
18.2. Funcțiile managerilor în dirijarea Sistemului Sănătății Mamei și Copilului 491
18.3. Organizarea Asistenței obstetrico-ginecologice primare 493
18.3.1. Organizarea Asistenței curativo-profilactice pentru gravide 495
18.3.2. Organizarea Asistenței ginecologice de ambulatoriu 497
18.4. Organizarea Asistenței medicale spitalicești și specializate de staționar – Centrul perinatologic de nivelul II 497
18.5. Indicii activității Serviciului obstetrico-ginecologic 502
18.6. Ocrotirea sănătății copilului 504
18.6.1. Organizarea Asistenței medicale primare copiilor 504
18.6.2. Organizarea Asistenței medicale în colectivitățile de copii 509
18.6.3. Organizarea Asistenței spitalicești specializate copiilor 511
18.6.3.1. Organizarea activității Secției de internare 511
18.6.3.2. Organizarea activității Secțiilor clinice ale spitalului 512
18.6.3.3. Indicii activității spitalului pentru copii 515
18.6.4. Particularitățile organizării Asistenței medicale femeilor și copiilor în localitățile rurale 516

Capitolul 19
Sănătatea și patologia familiei 519
19.1. Scurt istoric 519
19.2. Unitatea familială 521
19.3. Structura și funcțiile familiei 522
19.4. Probleme speciale ale sănătății și patologiei familiei 525

Capitolul 20
Sănătatea reproductivă şi planificarea familiei 530
20.1. Noţiuni generale 530
20.2. Principiile de organizare a asistenţei medicale în planificarea familiei în Republica Moldova 531
20.3. Priorităţile şi beneficiile planificării familiale 533
20.4. Caracteristica indicatorilor sănătăţii reproductive 533
20.5. Caracteristica şi evaluarea factorilor de risc preconcepţionali 536
20.6. Priorităţile de aplicare a planingului familial în diferite grupe de vârstă 540
20.6.1. Contracepţia la adolescente 540
20.6.2. Contracepţia la femei după 35 de ani 543
20.6.3. Contracepţia după naştere 544
20.6.4. Contracepţia după avort 544
20.7. Metodele contemporane de planificare familială 545
20.8. Practica internaţională în organizarea planificării familiale 545
20.8.1. Asigurarea necesităţilor nesatisfăcute ale consumatorilor 545
20.8.2. Integrarea şi diversificarea serviciilor de planificare familială 546
20.8.3. Realizarea dreptului la un avort fără pericol 547
20.8.4. Implementarea educaţiei sexuale în şcoală 548

Capitolul 21
Reabilitarea medico-socială şi profesională 550
21.1. Aspecte generale 550
21.2. Scopul şi sarcinile reabilitării medico-sociale şi profesionale 550
21.3. Principiile organizatorice de bază ale reabilitării 551
21.4. Etapele, necesitatea şi aspectele organizatorice ale reabilitării medico-sociale şi profesionale 552

Capitolul 22
Organizarea asistenţei balneo-sanatoriale 555
22.1. Istoric 555
22.2 Factorii curativi de bază aplicaţi în staţiunile balneo-climaterice 556
22.3. Organizarea asistenţei balneo-climaterice 560
22.4. Caracteristica generală a sanatoriilor Republicii Moldova 564

Capitolul 23
Managementul Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat 566
23.1. Etapele principale de dezvoltare. Organizarea şi principiile de activitate ... 566
23.1.1. Principiile generale de organizare a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic 569
23.2. Structura Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat şi subdiviziunile lui ... 571
23.3. Relaţiile interdepartamentale ale organelor şi instituţiilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat 574
23.4. Planul de activitate al Centrului de Medicină Preventivă 575
23.5. Laboratoarele Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat 576
23.5.1. Organizarea activităţii de laborator 577
23.5.2. Volumul şi structura cercetărilor de laborator 578
23.5.3. Documentaţia de laborator 581
23.5.4. Indicii de evaluare a activităţii de laborator 581
23.5.5. Examinarea şi optimizarea activităţii de laborator 583

23.6. Organizarea asistenţei medicale preventive 584
23.7. Evaluarea stării sanitaro-epidemiologice în teritoriu şi a activităţii Centrului de Medicină Preventivă 591
23.8. Informaţia Medicală şi Tehnologiile informaţionale în procesul analitic 591
23.9. Documentaţia Statistico-medicală a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat 592
23.10. Indicatori de evaluare a activităţii Serviciului Sanitaro-Epidemiologic 594
23.10.1. Metode de analiză a indicatorilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic 595
23.10.2. Starea sanitaro-epidemiologică a obiectivelor semnificative 597
23.11. Drepturile şi obligaţiile organelor şi instituţiilor Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat 600

Capitolul 24

Expertiza medicală a vitalităţii 606
24.1. Noţiuni generale 606
24.2. Principii de bază ale CMC 606
24.3. Reducerea vitalităţii temporare 608
24.4. Tipurile de concediu medical 608
24.4.1. Concediu medical în caz de boală sau traumatism 608
24.4.2. Concediu medical pentru îngrijirea bolnavului 611
24.4.3. Concediu medical în caz de carantină 612
24.4.4. Concediu medical în legătură cu transferul de serviciu 612
24.4.5. Concediu medical pentru tratament balneo-sanatorial 612
24.4.6. Concediu medical pentru protezare 613
24.4.7. Concediu de maternitate 613
24.5. Modul de păstrare, evidenţă şi completare a certificatului 614
24.6. Reducerea permanentă a vitalităţii (invaliditatea) 615
24.6.1. Ordinea de adresare la Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalităţii 615
24.6.2. Procedura de efectuare a expertizei medicale a vitalităţii 616
24.6.3. Criteriile de stabilire a invalidităţii 617
24.6.4. Cauzele invalidităţii 617
24.6.5. Termenul invalidităţii 619
24.6.6. Tipurile de asistenţă socială 619

Capitolul 25

Serviciul hemotransfuzional în Sistemul Sănătăţii 620
25.1. Scurt istoric 620
25.2. Organele regulatorii ale Serviciului de Sânge 621
25.3. Reglementarea Serviciului de Sânge 621
25.4. Optimizarea organizatorică şi economică a activităţii Serviciului de Sânge 621
25.5. Asigurarea calităţii şi securităţii produselor sangvine 623
25.6. Colectarea şi producerea preparatelor sangvine 625
25.7. Perspectiva dezvoltării Serviciului de Sânge în Republica Moldova 625

Capitolul 26

Sistemul asistenţei cu medicamente 628
26.1. Aspecte generale 628
26.2. Clasificarea farmaciilor 628
26.3. Principiile activităţii şi extinderii farmaciilor comunitare 629
26.4. Extinderea şi amplasarea reţelei farmaceutice 629
26.5. Regimul de lucru al farmaciilor 630

26.6. Asistenţa cu medicamente a bolnavilor în condiţii de staţionar 631
26.6.1. Farmaciile autogestionare de spital şi interspitaliceşti 632
26.6.2. Farmacia instituţiei medico-sanitare 633
26.7. Particularităţile activităţii farmaciilor de spital în condiţii de finanţare limitată a medicamentelor 636
26.8. Farmaciile specializate 638

Capitolul 27
Asigurările obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova 640
27.1. Cadrul legislativ 640
27.1.1. Aspecte conceptuale 641
27.1.2. Compania Naţională de Asigurări în Medicină 643
27.2. Serviciile medicale prevăzute în Programul Unic al Asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală 646
27.2.1. Asistenţa medicală urgentă la etapa prespitalicească 647
27.2.2. Asistenţa medicală primară 647
27.2.3. Asistenţa medicală spitalicească 648
27.2.4. Asistenţa medicală specializată de ambulatoriu 648
27.2.5. Serviciile aferente asistenţei medicale 649
27.3. Sisteme de plată a furnizorilor de servicii medicale în cadrul asigurărilor obligatorii 652
27.3.1. Sistemul de plată „per capita" 653
27.3.2. Sistemul de plată „per serviciu" 653
27.3.3. Sistemul de plată „per caz tratat" 654
27.4. Fondurile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală 654
27.5. Autonomia financiară a instituţiilor medicale şi administrarea serviciilor 657
27.6. Contractarea instituţiilor medicale în cadrul Asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală 660

Capitolul 28
Acreditarea în Sistemul de Sănătate - obiectiv decizional al managementului calităţii 662
28.1. Aspecte generale 662
28.2. Aspecte istorice în practica acreditării în sănătate din lume 663
28.3. Acreditarea în Sistemul de sănătate – garanţie a calităţii serviciilor medicale ... 664
28.4. Reglementarea procesului de Evaluare şi Acreditare în Sănătate în RM 665
28.5. Organizarea procesulu de evaluare şi acreditare 667

Capitolul 29
Strategia de dezvoltare a Sistemului de Sănătate în Republica Moldova 670
29.1. Scopul şi priorităţile de bază 670
29.2. Analiza de situaţie 671
29.2.1. Starea de sănătate a populaţiei 671
29.2.2. Evoluţia recentă a Sistemului de Sănătate din Republica de Moldova 672
29.2.3. Asigurările de sănătate 673
29.2.4. Spitalele 673
29.2.5. Medicii si asistentele medicale 674
29.3. Obiectivele generale şi specifice 674
29.3.1. Dirijarea Sistemului de Sănătate 674

29.3.2. Finanţarea Sistemului de Sănătate şi mecanisme de plată a serviciilor de sănătate 676
29.3.3. Prestarea serviciilor de sănătate 678
29.3.4. Gestionarea resurselor 680
29.4. Implementarea Strategiei, monitorizarea şi evaluarea rezultatelor 682
29.4.1. Etapele de implementare a Strategiei 682
29.4.2. Monitorizarea strategiei de dezvoltare 683
29.4.3. Evaluarea rezultatelor 686

Capitolul 30
Managementul Sistemului informaţional medical 687
30.1. Domenii de aplicare. Indicatori ai sănătăţii şi activităţii instituţiilor medico-sanitare 687
30.2. Metodele de colectare a datelor 691
30.2.1. Recensământul 692
30.2.2. Statistica vitală 693
30.2.3. Studiile populaţionale 695
30.2.4. Informaţii privind serviciile de sănătate 698
30.2.5. Conturile Naţionale de Sănătate 699
30.3. Sursele de informaţie şi managementul datelor primare 699
30.3.1. Evaluarea produselor informaţionale 700
30.3.2. Sinteza şi utilizarea datelor 701
30.4. Dezvoltarea Sistemului informaţional medical integrat 702
30.4.1. Aspecte conceptuale 702
30.4.2. Obiectivele sistemului informaţional medical integrat 703
30.5. Arhitectura Sistemului informaţional 704
30.6. Sistemul informaţional – furnizor de servicii informaţionale medicale 707
30.6.1. Descriere generală 707
30.6.2. Componente ale sistemului – furnizori de servicii medicale 707
30.6.3. Medicina de familie 712
30.6.4. Alte funcţii necesare 713
30.7. Sistemul informaţional de teleradiologie 713
30.7.1. Descriere generală 713
30.7.2. Prezentare fluxului de lucru 714
30.8. Medicina de urgenţă 715
30.9. Medicina preventivă 716
30.9.1. Descriere generală 716
30.9.2. Alte funcţionalităţi 717
30.9.3. Cerinţe funcţionale de flexibilitate ale aplicaţiei 718
30.10. Componenta Compania Naţională de Asigurări în Medicină 718
30.11. Componenta destinată consumatorilor de informaţie 719
30.12. Servicii statistice 720
30.13. Echipamente HARDWARE şi sisteme de comunicaţie 721
30.14. Condiţiile de mediu si specificaţiile electrice 722
30.15. Cadrul juridic 723

Capitolul 31
Ştiinţa medicală în Republica Moldova 724
31.1. Aspecte istorice generale 724
31.2. Organele de conducere ale ştiinţei şi direcţiile de cercetare 726
31.3. Cercetări fundamentale şi aplicative 727
31.4. Pregătirea şi formarea cadrelor ştiinţifice 729

PARTEA III

SANALOGIE ŞI MEDICINĂ SOCIALĂ

Capitolul 1
Modul sănătos de viaţă – baza profilaxiei 732
1.1. Aspecte metodologice ale modului de viaţă 732
1.2. Calitatea vieţii – indicator al sănătăţii 733
1.3. Sanalogia – concepţie despre sănătatea celor sănătoşi 738
1.4. Modul de viaţă sănătos 740
1.5. Promovarea Modului sănătos de viaţă 743

Capitolul 2
Educaţie pentru sănătate a populaţiei 746
2.1. Definiţie, scopuri, funcţiile şi obiectivele EPS 746
2.2. Formele şi mijloacele de instruire şi educaţie pentru sănătate 751
2.3. Tipurile de educaţie pentru sănătate 755
2.4. Organizarea activităţii educativ-sanitare 760

PROBLEMELE MEDICO-SOCIALE ALE UMANITĂŢII

Capitolul 3
Bolile cardiovasculare 762
3.1. Aspecte de epidemiologie descriptivă 762
3.2. Prevenirea bolilor cardiovasculare şi asistenţa medicală bolnavilor 768
3.3. Organizarea serviciului cardiologic 771

Capitolul 4
Maladiile oncologice 772
4.1. Aspecte generale 772
4.2. Impactul patologiilor neoplazice 772
4.3. Factorii de risc al maladiilor oncologice 773
4.4. Aspecte de epidemiologie descriptivă 775
4.5. Caracteristica morbidităţii oncologice în Republica Moldova 776
4.6. Organizarea serviciului oncologic în Republica Moldova 777
4.7. Profilaxia cancerului 778

Capitolul 5
Traumatismul 779
5.1. Definiţie. Aspecte epidemiologice 779
5.2. Argumente definitorii ale traumatismului ca problemă medico-socială 779
5.3. Factorii predispozanţi ai traumatismului 780
5.4. Clasificarea, factorii influenţi, structura şi particularităţile de manifestare a traumatismului 780
5.5. Organizarea asistenţei traumatologice 784
5.6. Profilaxia traumatismului 784

Capitolul 6
Maladiile gastrointestinale 786
6.1. Aspecte generale 786
6.2. Cauzalitatea patologiei digestive 786
6.3. Prevenirea maladiilor gastrointestinale şi asistenţa medicală bolnavilor 788

Capitolul 7
Diabetul zaharat 790
7.1. Problemele actuale şi aspectele epidemiologice 790
7.2. Din istoricul diabetului zaharat 790
7.3. Definiţie, etiologie, factori de risc 792
7.4. Impactul diabetic şi optimizarea serviciului medical 796
7.5. Măsurile de depistare şi combatere a diabetului zaharat 803

Capitolul 8
Sănătatea mintală 809
8.1. Definiţie. Aspecte generale 809
8.2. Epidemiologia Sănătăţii mintale 810
8.3. Descrierea şi analiza Serviciilor pentru Sănătate mintală din lume 811
8.4. Impactul de Sănătate Publică al tulburărilor mintale 816
8.5. Prevenţia ca element esenţial al abordării în Sănătatea Publică 818
8.6. Programele comunitare orientate de Sănătatea mintală 819
8.7. Promovarea Sănătăţii mintale 821

Capitolul 9
Alcoolismul 826
9.1. Aspecte generale. Istoric 826
9.2. Formele de consum a alcoolului 827
9.3. Impactul medico-social al alcoolismului 830

Capitolul 10
Narcomania 833
10.1. Scurt istoric 833
10.2. Politica şi strategia naţională de combatere a narcomaniei 833
10.3. Definiţie. Aspecte generale 834
10.4. Răspândirea narcomaniei în Republica Moldova 836
10.5. Măsurile cu caracter medical în combaterea narcomaniei 836
10.6. Factorii care favorizează consumul de droguri 837
10.7. Problemele narcomaniei în medicină 838
10.8. Instituţiile de educaţie şi profilaxie a narcomaniei 839
10.9. Familia şi problemele narcomaniei 840

Capitolul 11
Tuberculoza 841
11.1. Aspecte generale. Elemente de epidemiologie descriptivă 841
11.2. Colaborarea internaţională în problema combaterii TBC 842
11.3. Activitatea CMP în combaterea TBC 846
11.4. Programul Naţional AntiTBC 846

Capitolul 12
Sindromul imuno-deficitar achiziţionat (HIV/SIDA) 849
12.1. Aspecte generale 849
12.2. Epidemiologia HIV/SIDA în Republica Moldova 850
12.3. Programul naţional de profilaxie şi control al infecţiei HIV/SIDA 853

Capitolul 13
Invaliditatea populației 855
13.1. Noțiuni generale 855
13.2. Evoluția şi structura invalidității populației 855
13.3. Evoluția şi structura invalidității la copii 857
13.4. Reabilitarea copiilor invalizi 858

Capitolul 14
Avortul 859
14.1. Aspecte generale 859
14.2. Cadrul legislativ şi normativ național 861
14.3. Clasificare 861
14.4. Consecințele avortului 861
14.5. Consilierea ca metodă de prevenire a avortului 862
14.6. Profilaxia avorturilor prin planificarea familială 862

Capitolul 15
Munca, odihna, alimentația şi locuința 865
15.1. Munca 865
15.2. Odihna 867
15.3. Alimentația 868
15.4. Locuința 871

Bibliografie 875

Com. 4059
Întreprinderea de Stat, Firma Editorial-Poligrafică “Tipografia Centrală”,
MD-2068, Chişinău, str. Florilor, 1
tel. 43-03-60, 49-31-46